

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Dopady závislosti na alkoholu
ve vztahu ke spiritualitě závislých – dotazníkové šetření

Impacts of alcohol addiction in the relation to spirituality
of addicted persons – a questionnaire survey

Bakalářská práce

Ing. Marta Sobková

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 1.12.2019

Ing. Marta Sobková

SOBKOVÁ, Marta. Dopady závislosti na alkoholu ve vztahu ke spiritualitě závislých – dotazníkové šetření. [Impacts of alcohol addiction in the relation to spirituality of addicted persons – a questionnaire survey]. Praha, 2019. 64 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Vacek, Jaroslav.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat respondentům dotazníkového šetření za jejich ochotu vyplnit dotazník, Radě důvěrníků AA za pomoc s distribucí mezi anonymní alkoholiky. Dále bych chtěla poděkovat odborným pracovníkům, kteří mi poskytli možnost administrovat dotazník na jejich pracovišti osobně nebo v jejich zastoupení (jmenovitě MUDr. Jela Hrnčiarová, Bc. Ivana Ježová, DiS., Mgr. Jarmila Krajčová, Bc. Bohumil Krejsa, Mgr. Cyril Martinek, Mgr. Soňa Ulrichová, Mgr. Josef Vondrka). Velký dík patří mé rodině za podporu. Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Jaroslavu Vackovi za cenné rady, podnětné připomínky a odborné vedení práce.

ABSTRAKT:

Východiska – Bakalářská práce se zabývá vztahem mezi tím, co člověk závislý na alkoholu prožil v důsledku návykového onemocnění, a jeho spiritualitou.

Cíl – Hlavním cílem práce bylo najít vztahy mezi dopady závislosti na alkoholu v různých oblastech života a spiritualitou jednotlivce. Dalším cílem bylo objasnit rozdíly ve spiritualitě a dalších charakteristikách mezi členy Anonymních alkoholiků (AA) a klienty odborných adiktologických služeb mimo AA.

Výzkumný soubor – Dotazníkového šetření se účastnilo 98 respondentů docházejících do svépomocných skupin AA v různých krajích České republiky a klienti závislí na alkoholu z šesti adiktologických zařízení.

Design a metody – Výzkum byl proveden prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření kombinací papírové a on-line formy. V dotazníku byl použit Motivační dotazník MUDr. Karla Nešpora a Pražský dotazník spirituality. Data byla následně zpracována v Excelu a statistickém programu IBM SPSS Statistics. Výsledky byly podrobeny korelační analýze, a dalším metodám statistického testování (Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti, t-test, z-test).

Výsledky – Mezi hlavní zjištění patří statisticky významný vztah mezi dopady závislosti na alkoholu na právní oblast života jednotlivce a třemi oblastmi spirituality. Trestná činnost nebo mezilidsky nepřijatelné chování (např. krádež v rodině) koreluje negativně s hlubinnou ekologií, etickým entuziasmem, a sounáležitostí. Mystické prožitky pozitivně korelují s dopady na vztahy a duševní zdraví. Dále se prokázalo, že skupina s těžšími zdravotními problémy v důsledku užívání alkoholu skóruje nadprůměrně v sounáležitosti s ostatními lidmi. Členi svépomocných skupin AA dosahují statisticky významně vyššího skóre ve subškálách dotazníku spirituality, které korespondují s filozofií a spiritualitou svépomocné skupiny (hlubinná ekologie, etický entuziasmus, sounáležitost a latentní monoteistická orientace). Výsledky potvrdily také specifika účastníků svépomocných skupin AA proti klientům odborných adiktologických služeb v prožívání spirituality, dopadech závislosti a sociodemografických statistikách (např. nejvyšším dosaženém vzdělání).

Závěry – Výzkum potvrzuje souvislosti mezi spiritualitou a dopady závislosti na alkoholu. Byl mezi nimi zjištěn statisticky významný vztah. Doporučení pro další výzkum je zahrnout do šetření délku abstinence, případně rozšířit korelační výzkum na faktorovou analýzu. Diskuze závěrů zahrnuje také otázku vlivu duševního zdraví, respektive duálních diagnóz, na výsledky zkoumání spirituality.

ABSTRACT:

INTRODUCTION - The bachelor thesis deals with the relationship between negative effects of alcohol addiction on a person's life and his/her individual spirituality.

OBJECTIVE - The main aim of the thesis is to find the relationship between impacts of alcohol addiction in different areas of life and the individual's spirituality. Another objective was to clarify the differences in spirituality and other characteristics of Alcoholic Anonymous (AA) members and clients of professional addictology services.

PARTICIPANTS - 98 respondents participating in the questionnaire survey were members of the AA groups in various regions of the Czech Republic and clients or patients of six addictology health or social care services.

METHOD - The research was conducted through an anonymous questionnaire survey, in both paper and online form. The questionnaire was based on the Motivational questionnaire of MUDr. Karel Nespor and Pražský spirituality questionnaire (the Prague Questionnaire of Spirituality, PQS 36). The data were processed in Excel and the IBM SPSS Statistics. The results were subjected to correlation analysis, and other methods of statistical testing (Pearson Chi-square independence test, t-test, z-test).

RESULTS - The main findings include a statistically significant relationship between the effects of alcohol addiction to the legal area of the individual's life and three areas of spirituality. Crime or unacceptable behavior (e.g. family theft) correlates negatively with eco-spirituality, ethical enthusiasm, and solidarity (scales of PQS). Mystical experiences positively correlate with impacts on relationships and mental health. Furthermore, it has been shown that a group with more severe health problems due to alcohol abuse scores above average in solidarity with other people. Members of the AA groups score statistically significantly higher scores in spiritual subscales which correspond to the philosophy and spirituality of the AA (eco-spirituality, ethical enthusiasm, solidarity and latent monotheistic orientation). The results also confirmed the specifics of the AA members in comparison to clients of professional services in experiencing spirituality, impacts of addiction and socio-demographic statistics (e.g. the highest level of education attained).

CONCLUSIONS - Research confirms the link between spirituality and the effects of alcohol addiction. There was found a statistically significant relationship. The recommendation for further research is to include the length of abstinence in the research, or to extend the correlation research to factor analysis. The discussion part also includes the theme how much the results of the exploration of spirituality might be influenced by mental health, or dual diagnosis.

Klíčová slova:

Závislost na alkoholu, spiritualita, dopady závislosti, anonymní alkoholici, dotazníkové šetření

Alcohol addiction, spirituality, impacts of addiction, alcoholics anonymous, questionnaire survey

Obsah

| | |
|---|----|
| 1. Úvod..... | 9 |
| 2. Teoretická analýza stavu poznání | 10 |
| 2.1. Spiritualita – pojem a jeho výskyt v psychologii | 10 |
| 2.2. Spiritualita v léčbě závislosti | 12 |
| 2.2.1. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti | 12 |
| 2.2.2. Spirituální povaha vztahů..... | 14 |
| 2.2.3. Logoterapie a existenciální analýza | 14 |
| 2.2.4. Biblioterapie a hagioterapie | 16 |
| 2.3. Anonymní alkoholici..... | 17 |
| 2.3.1. Historie a filozofie společenství AA | 17 |
| 2.3.2. Výhody a nevýhody společenství AA..... | 18 |
| 2.3.3. Pojetí spirituality u AA | 19 |
| 2.4. Spiritualita specifických cílových skupin | 21 |
| 2.5. Psychometrické přístupy měření spirituality | 23 |
| 2.6. Pražský dotazník spirituality (PDS)..... | 24 |
| 2.7. Motivační dotazník MUDr. Karla Nešpora (MDN)..... | 25 |
| 3. Realizace výzkumu | 27 |
| 3.1. Cíl výzkumu..... | 27 |
| 3.2. Výzkumný soubor | 27 |
| 3.3. Výzkumné otázky | 28 |
| 3.4. Etická klauzule | 28 |
| 4. Metody tvorby dat..... | 29 |
| 4.1. Typ výzkumu | 29 |
| 4.2. Použitý dotazník..... | 29 |
| 4.3. Design výzkumu | 29 |
| 4.4. Použité metody analýzy dat | 30 |
| 5. Výsledky | 31 |
| 5.1. Popis výzkumného souboru | 31 |
| 5.2. Vztah mezi dopady závislosti na alkoholu na oblasti života a spiritualitou jednotlivce | 35 |
| 5.3. Porovnání spirituality členů svépomocné skupiny AA a závislých na alkoholu mimo AA..... | 40 |
| 5.4. Další faktory ve vztahu ke spiritualitě a dopadům závislosti na alkoholu | 44 |
| 5.5. Srovnání výsledků s výzkumem zaměřeným na běžnou a psychiatrickou populaci..... | 48 |
| 6. Diskuze a závěry | 49 |
| Literatura..... | 52 |
| Přílohy | 56 |

1. Úvod

Bakalářská práce se zabývá dopady závislosti na alkoholu z pohledu jednotlivce. Centrem zájmu je vztah mezi oblastmi života zasaženými závislostí a spiritualitou. Spiritualita je podle některých pramenů známkou zralosti osobnosti (např. Allport, 1950). V teoretické části se proto zabývám pojmem spiritualita, jejím významem pro osobnost člověka, souvisejícími psychoterapeutickými směry a tzv. bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti. V současné době existuje již mnoho terapeutických směrů, které s adiktologickými klienty pracují prostřednictvím spirituálního růstu, sebeuvědomění a smysluplnosti (např. hagioterapie, logoterapie).

Dále vymezuji spiritualitu v pojetí svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků (AA), která odborné vedení postrádá. Opírá se však o zásady zakotvené zejména v tzv. Modré knize. V rámci přípravy na praktickou část se zabývám dosud používanými dotazníky pro měření spirituality a dvě kapitoly věnuji dotazníkům, které jsem si pro tuto práci zvolila: Motivačnímu dotazníku MUDr. Karla Nešpora a Pražskému dotazníku spirituality.

Z dosavadních výzkumů věnuji pozornost zejména těm, které se zabývaly spiritualitou specifické cílové skupiny blízké té mojí (závislí na alkoholu), nebo specifickým vlastnostem členů svépomocných skupin.

Samotný výzkum jsem provedla ve svépomocných skupinách Anonymních alkoholiků a v šesti zařízeních s adiktologickými klienty. Ve výsledcích praktické části se snažím sledovat zejména významné vztahy mezi dopady závislosti a spiritualitou a rozdíly mezi členy AA a klienty odborných služeb, a nabídnout některé interpretace z množiny možných.

2. Teoretická analýza stavu poznání

2.1. Spiritualita – pojem a jeho výskyt v psychologii

Pojem spiritualita se stal oblíbenější alternativou „náboženskosti“, protože je méně spojován s náboženstvím jako institucí, vnějšími rituály a tradicemi, a více s individualitou a osobním pojetím víry. Současná humanistická psychologie chápe spiritualitu jako „komponentu funkční struktury osobnosti,..., integrující centrum motivů, postojů a citů i kognitivní orientace, jádro osobní identity a smyslu života“ (Říčan, 2007b, s. 147). Abraham Maslow (1970) ji staví na vrchol své známé pyramidy hierarchie potřeb. Také filozof Erich Fromm, ačkoliv ateista, uvádí, že člověk má potřebu „uctívání“, „potřebu systému orientace a oddanosti“, která je „nedílnou součástí lidské existence“. (Fromm, 2003)

Německý teolog Rudolf Otto (1998) vytvořil pojem numinózní (posvátno, numinosum) s cílem popsat a vyhnout se pojmu božství. Zkušenost posvátna se podle Otta projevuje jako údiv až hrůzný úděs, který pojmenoval latinskými slovy *mysterium tremendum*. C.G. Jung si pojem numinózní propůjčuje, když popisuje naše nevědomé a celistvé tzv. bytostné Já (*das Selbst*) jako vrchol procesu individuace, základní duchovní vlohu a numinózní zkušenost (zkušenost něčeho tajemného, přesahujícího, bezprostřední zkušenost nevědomí).

Ačkoliv je spiritualita nejčastěji chápána jako nenáboženská, vymezit spiritualitu mimo náboženství nebo náboženské prožívání nelze. Buď budeme spiritualitu jako Pargament (1999) stavět do středu náboženství, jako „srdce a duši náboženství“. Potom je spiritualita širší pojem, který zahrnuje náboženství. Nebo naopak považujeme spiritualitu za pojem náboženství nadřazený, a tedy náboženství zahrnující (Zinnbauer, Pargament, 2005).

Pargament (1999) dále upozorňuje, že procházíme obdobím redefinování psychologie náboženství, právě pro neustálý růst počtu osob, které se označují za spirituální a nikoliv náboženské, a rostoucí popularitu zatím stále nejasného pojmu spiritualita.

Mezi zásadní literaturu, která urychlila průnik pojmu spiritualita do psychologie, považuje Říčan (2007a) knihu harvardského profesora Gordona Allporta *Jedinec a jeho náboženství* (1950). Jeho hlavní přínos vidí v tom, že přináší „respekt k náboženství jako k významnému lidskému projevu“ (Říčan, 2007a, s.70).

Allport vyzdvihuje, že subjektivní náboženská zkušenost nemůže být redukována na pouhé psychické faktory jako temperament, touhy, psychogenní zájmy a hodnoty, přesvědčení či soudržnost s kulturním odkazem. Dochází k závěru, že je tolik různých náboženských

zkušeností, kolik nábožensky smýšlejících osob chodí po Zemi. Nepopírá tím však existenci elementu společnému všem těmto zkušenostem, nakolik jsou zkušenostmi subjektivními. Klíčový koncept, který Allport ve své publikaci představil, je tzv. náboženský sentiment. Název vyvolává dojem, že se zakládá více na emocích než na úmyslu a racionalitě. Nicméně Allport dodává, že stejně může být zaměněn za systém víry a hodnot. Náboženský sentiment hraje významnou roli v jeho teorii náboženské zralosti. Allport rozlišuje nezralý sentiment na nižších stupních osobnostní zralosti, a zralý náboženský sentiment, který považuje za vrchol osobnosti (Francis, 1951).

Allport dále popisuje pět hlavních znaků náboženské zralosti:

1. vysoká míra diferencovanosti, zahrnující kritické myšlení, řád a organizovanost ve vztahu k objektům a pojmům,
2. zakládá se na autonomní motivační síle, která může být hnacím životním motorem, aniž by byla fanatická nebo kompulzivní,
3. je morálně konzistentní,
4. formuje ucelenou životní filozofii,
5. je homogenní a harmonická, zároveň poskytuje vodítko mezi vědeckým a náboženským pojetím palčivých problémů, mezi něž patří například svoboda nebo zlo,
6. je heuristická, je stále otevřená a hledající povahy (Allport, 1950).

Zajímavé a stále platné je Allportovo rozlišování spirituality zvnitřnělé (intrinsic) a vnější (extrinsic), která je motivovaná ze spirituálního hlediska sekundárními zájmy (např. zdraví, socializace).

Podobně jako Allport se k spiritualitě stavěl též americký psycholog William James, který rozpracoval tezi, že náboženství je především osobní zkušenost, nikoliv dogma, rituál a etika. V kontextu celoživotního vývoje osobnosti a spirituality je nezbytné zmínit také teorie vývojových stádií, které v sobě zahrnují spirituální rozměr, mezi nimiž jsou nejvýznamnějšími autory Jean Piaget, Erik H. Erikson, Joan Eriksonová, a James Fowler. Všichni z uvedených autorů zahrnují spirituální rozměr do stádií vývoje osobnosti. Není divu, že se spiritualita stává předmětem měření, a nebo předmětem zkoumání ve vztahu k jiným vlastnostem osobnosti a její zralosti.

2.2. Spiritualita v léčbě závislosti

2.2.1. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Příčina závislosti na alkoholu je multifaktoriální a analogicky je nutné přistupovat také k léčbě adiktologického klienta. Jako nejúčinnější se prokazuje holistický přístup, ve kterém uvažujeme o klientovi komplexně. Tento přístup vychází z tzv. bio-psycho-sociálního modelu závislosti (BPS), který je někdy rozšířen také o rozměr spirituální (BPSS). Vývoj společenských a vědeckých postojů k závislosti se v historii měnil od čistě morálního odsuzujícího postoje, přes zkoumání biologických příčin, až k zmíněné psychologické, sociální a spirituální rovině. Ve všech těchto oblastech dochází od 20. století k významným posunům.

V rámci zkoumání biologických faktorů došlo k uznání závislosti na alkoholu (a jiných návykových látkách) jako onemocnění zařazeného do Mezinárodní klasifikace nemocí (nejnovější revidovaná verze je MKN-10) a klasifikace Americké psychiatrické asociace DSM IV. Zásadní je zejména, že jsou zde stanovena diagnostická kritéria závislosti a škodlivého užívání alkoholu. Zkoumání etiopatogeneze závislosti přineslo také poznatky o genetické souvislosti alkoholismu, neboť byla zjištěna vrozená vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů – alkoholiků, která se prokázala jako rizikový faktor. Edenberg a spoluautoři tvrdí, že za závislost a škodlivé užívání alkoholu je až z 50 % zodpovědná dědičnost (Edenberg, 2019). Jedná se o toleranci související s geneticky podmíněným metabolismem alkoholu. Zjistění z oboru genetiky vysvětlují rozdíly ve schopnosti metabolizovat alkohol mezi pohlavími, jednotlivci i etniky. Za metabolismus alkoholu u člověka je zodpovědných sedm genů kódujících enzym alkoholdehydrogenáza (ADH) a 19 genů pro enzymy aldehyddehydrogenázy (ALDH). (Šamánek, Urbanová, 2012) Z funkčních variant je nejzásadnější přítomnost genu ADH1B a ALDH2. ADH1B zvyšuje rychlost metabolismu ethanolu na acetaldehyd (který má averzní účinky) a ALDH2 blokuje schopnost odstraňovat acetaldehyd, což taktéž vede k silné averzivní reakci. Obě tyto varianty tedy snižují nadměrné pití tím, že způsobují ochranné averzivní reakce, a tak snižují riziko vzniku závislosti. Varianta ALDH2 je běžná ve východní Asii, ale vzácná mimo Asii (Edenberg, 2019). Potomkům alkoholiků tyto averzivně – ochranné geny chybí. Od prvních zkušeností s alkoholem se u nich provuje tolerance většího množství alkoholu, která může vzbuzovat obdiv okolí, lehčí stavy při intoxikaci, i absenci kocoviny. Jak zmiňuje Kudrle (2003, s.91), „to, co je zprvu často obdivováno, se rychle vyvíjí v rizikový faktor, protože dotyčný musí konzumovat více alkoholu než ostatní, aby dosáhl kýženého ovlivnění.“

Mezi významné psychogenní faktory pro vznik závislosti patří perinatální a porodní traumata, péče o vývoj dítěte a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím, podpora v období dospívání, a v krizi hledané identity (Kudrle in Kalina, 2003). Nezanedbatelná část alkoholiků používá konzumaci alkoholu k sebededikaci v rámci duálních diagnóz, a proto je pro ně významná adekvátní pomoc v patologii duševních poruch a chorob, jako je deprese, úzkost, psychotické onemocnění.

Sociální rozměr v modelu závislosti představuje kontext životní situace, ve které se adiktologický klient nachází. Věnuje se podmínkám jeho zrání, všem vztahům, od nejvýznamnějších po méně významné. Součástí je samozřejmě rodinné prostředí, sociální a ekonomický status, ale také vliv školy, vrstevníků, nebo prostředí (například město vs. vesnice) v procesu sociálního učení. Mezi zmíněnými faktory Kudrle vyzdvihuje nepříznivý trend rozpadu rodin, a nebo přítomnost osoby závislé na návykových látkách v blízké rodině, zejména závislost u rodiče, ale též sourozence. Zanedbatelný není ani vliv vrstevníků, kteří jsou pro jedince v době dospívání silnou referenční skupinou, ke které vztahují svůj úspěch/neúspěch ve společnosti. Zejména konzumace alkoholu je spojená se sociální normou, a jeho užívání spojeno s potřebou být společenský. Jeden z respondentů mého dotazníku na skupině AA popisoval svůj (pro alkoholiky celkem typický) motiv užívání alkoholu; Pavel: *„Najednou jsem zjistil, že se s lidmi dokážu bavit o všem, že můžu být společenský a zábavný.“*

Spiritualita, poslední rozměr modelu závislosti BPSS, je v pojetí mnohých moderních psychiatrů a psychologů (například Frankl, Allport, Maslow) považována za jednu ze základních lidských potřeb. Absence spirituality, smyslu života, je spojována mimo jiné s růstem konzumní společnosti. Nedostatek ve spirituální oblasti může vést k hledání jejího naplnění v návykových látkách. Některé momenty užívání návykových látek připomínají například rituály zasvěcení (např. první nitrožilní aplikace). Účinky některých návykových látek, zejména halucinogenů, mohou přinášet změněné stavy vědomí blížíící se mystickým zážitkům. Ale také prosté „vymazání“ problémů, otupení pocitů, či zahánění nudy, souvisí s nedostatkem smysluplnosti. V případě alkoholu láká také výše zmíněná větší sounáležitost s ostatními, navození pocitu uvolnění a euforie. Pozitivní změna v oblasti spirituality a hledání smyslu života, například pomocí logoterapie, může být významným posunem k úzdravě a budoucím protektivním faktorem.

Za zpopularizování spirituální úrovně BPSS mohou podle Kudrleho zejména svépomocné skupiny AA. Ve významu práce se spiritualitou závislého klienta vyzdvihuje zejména rozloučení se se svým závislým, sebestředným a sebelítostivým Já a přijetí reálných

životních možností. Doplnuji, že právě sobeckost a (psychotická) žárlivost jsou častými průvodními jevy alkoholismu, na který je zaměřena tato práce.

2.2.2. Spirituální povaha vztahů

Vykládáme-li spiritualitu jako vztahování se k něčemu posvátnému, nás přesahujícímu, jinými slovy tedy vztah k bohu, božstvu, či nadosobnímu ideálu, musíme jí také přiřknout vztahovost jako vlastnost. Zároveň z toho vyvozujeme její vliv na prožívání vztahu s druhými lidmi. Pokud léčíme nebo rozvíjíme jedno, afektujeme zároveň i druhé. Vztah mezi spiritualitou a vztahy uvádím záměrně pro doplnění BPSS modelu závislosti o další souvislosti.

Říčan hovoří o tom, že vztahy mají samy o sobě spirituální povahu. Z jeho výkladu vyplývá, že některé jevy provázející mezilidské vztahy jako respekt, okouzlení, intimita („*blízkost ve vztahu lásky*“, „*překračující hranici mezi Já a Ty*“), soucit, ale i nenávisť či opovržení, jsou za určitých okolností zcela spirituální povahy (Říčan, 2007a, s.61). Jejich povaha se totiž nedá objasnit na základě racia, ale je obestřena mystériem, tajemstvím. Vzhledem k tomu, že nejen adiktologičtí klienti, ale každý z nás stojí uprostřed sítě vztahů, stojí za to, toto téma dále rozvíjet.

Každý z aspektů mezilidských vztahů, které Říčan jmenuje, vyvolává řadu otázek. Proč právě ta či ona osoba vzbuzuje či zaslouží respekt bez ohledu na objektivní skutečnosti? Hovoříme-li o respektu k druhým, respektující výchově, respektu k sobě samotným, co je potom jeho pravým zdrojem? Do těchto úvah můžeme zasadit křesťanskou evangelijní výzvu: „*Miluj Hospodina, Boha svého...Miluj svého bližního jako sám sebe. Většího přikázání nad tato dvě není.*“ (Mk 12,28-31). Poslední věta poukazuje na to, že dvě přikázání jsou si rovnocenná, a všechna další (nejmenovaná) jsou jim podřízena. Vyjadřuje holistický postoj, který spočívá v kvalitě vztahu k transcendentnu (Bohu), k vlastnímu Já a k druhým. Zároveň poukazuje na jejich neoddělitelnost, protože nedostatek zdravé sebelásky afektuje vztah k druhým („jako sám sebe“).

2.2.3. Logoterapie a existenciální analýza

Dávat činností a svému životu smysl, logos¹, k tomu často směřuje léčba klientů závislých na alkoholu a jiných návykových látkách v adiktologických službách a je společným pojítkem jejich motivace ke změně. Vyplnit smysluplně čas, dříve věnovaný užívání alkoholu, bývá pro klienty dlouhodobým procesem hledání. Jedním

¹ V logoterapii používaný překlad *smysl* je jen jeden z mnoha platných významů řeckého slova *logos*.

z charakteristických vlastností adiktologických klientů je nezralost. Spojíme-li tato zjištění s faktem, že identita se u zdravého jedince formuje v období puberty a završuje v období adolescence (například Erikson), docházíme k tomu, že adiktologičtí klienti často stále setrvávají v období, kdy člověk hledá odpověď na otázku smyslu svého života a místa ve světě. Jejich dětství a dospívání je často doprovázeno časnými odchody od rodičů, který Matějček s Langmeierem vysvětlují pochybením v rodičovské roli, zejména ze strany matky: *„Neschopnost navázat s dítětem sdílný citový vztah má často příčinu v emoční a charakterové nezralosti a nevyrovnanosti matky. Tak tomu bývá u rodičů, kteří byli sami v dětství deprivováni nebo kteří nevyřešili úspěšně své dětské a pubertální konflikty. Bývají infantilní, zaujati jen svými problémy, s pocitem křivdy a nedostatku lásky. Někdy u nich vidíme až přílišnou závislost na osobě matky nebo otce, od nichž se snaží předčasným sňatkem odpoutat.“* (Langmeier, Matějček, 2011, s. 157-158)

Touha žít smysluplný život je podle Viktora E. Frankla, tvůrce logoterapie a profesora psychiatrie a neurologie, jedna ze tří základních dimenzí člověka. Těmi jsou kromě zmíněné noetické (duchovní) dimenze, ještě dimenze tělesná (uspokojení základní potřeb) a psychická (přizpůsobení se světu, emocionální, kognitivní a konativní aspekt). Tato touha po smyslu je i základním motivem, jehož nenaplnění vede podle Frankla k existenciální frustraci. Prázdnota spojená s absencí smysluplnosti je příčinou mnoha potíží zahrnujících právě závislosti, nutkavou sexuální aktivitu, či agresivitu (Frankl, 1999). Naopak naplnění podle Frankla tkví v tom, že člověk může realizovat své tvůrčí, zážitkové nebo postojové hodnoty.

Základ logoterapie spočívá v naplnění života smyslem a schopnosti člověka zaujímat samostatný aktivní postoj ve vztahu k danostem svého života. Jak píše Balcar, *„terapeut přistupuje k pacientovi či k člověku v tísní s předpokladem, že není žádná životní situace, která by vskutku postrádala smysl“* (Balcar, 1989).

Karel Balcar uvádí, že svým založením je logoterapie individuálně terapeutický přístup, protože každý musí růst ve svých vlastních čistě osobních hodnotách a úkolech. Na druhou stranu však může logoterapeuticky pracovat i skupina, která může být povzbuzením a inspirací pro osoby s podobnými potížemi a poruchami, neboť je jim potřeba smysluplnosti společná a mohou se sdílením individuálních zkušeností obohatit a jejich efekt urychlit (Balcar In Vymětal, 2007, s. 178). Podobně se může logoterapie uplatnit i při rodinné terapii, vždy je ale ovšem nutné správně vyvažovat s individuální prací s klientem, při které se těží zejména z logoterapeutických technik (metoda postojové změny, dereflexe, paradoxní intence, Sokratovský dialog aj.).

Logoterapie je léčbou specifickou pro tzv. noogenní neurózy, které vznikají jako patologické vyrovnání s existenciální frustrací. Uplatňuje se ale také u jiných psychogenních neuróz (např. reaktivní neurózy). Metody logoterapie jsou tedy užívány u úzkostných poruch, které bývají jednou z častých duálních diagnóz u klientů se závislostí na alkoholu. Somatogenní orgánová a psychotická onemocnění podle Balcara vyžadují jinou základní léčbu (Balcar, 1989). A. Langle však logoterapii a existenciální analýzu začal systematicky začleňovat i do jiných terapií a domnívá se, že by neměla zůstat pouze jako doplněk. Uplatnění logoterapie v kombinaci s kognitivně-behaviorální terapií, Rogerovskou psychoterapií, nebo v kombinaci s relaxací se věnuje též Elisabeth Lukasová (2009).

2.2.4. Biblioterapie a hagioterapie

Biblioterapie je jedna z metod individuální nebo skupinové psychoterapie, která využívá četbu k léčbě duševně nemocných. Podle Hartlova Stručného psychologického slovníku *„četba pomáhá účelně využívat volný čas, překonávat depresivní stavy a duševní krize, řešit vnitřní konflikty a podporovat adaptivní mechanismy člověka“* (Hartl, 2004). V českém prostředí vznikla psychoterapeutická metoda založená z části na biblioterapii, kterou autoři Prokop Remeš a Alena Halamová nazývají hagioterapie. Hagioterapie (z řeckého *therapeia* – péče, léčba, a *hagios* – čistý, svatý, posvátný) nebo také existenciální hagioterapie, jak ji Remeš nazývá ve své nové stejnojmenné publikaci, je psychoterapeutická metoda založená na použití biblických textů a jejich duchovních, existenciálních a psychologických významů (Remeš, Halamová, 2013). Jedná se o formu skupinové existenciální psychoterapie, kterou autoři a jejich spolupracovníci provozují již 25 let v Psychiatrické nemocnici Bohnice i v dalších sebezpoznavacích a sebezkušenostních skupinách. Výchozím pracovním materiálem pro hagioterapii, nejen ve skupině, ale i pro čtenáře a jejich individuální potřeby, je kniha *„Nahá žena na střeše: Bible a psychoterapie“*, která obsahuje devatenáct biblických příběhů. Ke každému poskytuje biblické reálie, psychologický rozbor („zrcadlo“), existenciální rozbor („dilemata a konflikty“), teorii a inspiraci. Ve skupině se pracuje prostřednictvím skládání a prolínání jednotlivých vjemů, které vytváří prostorovost (Remeš, Halamová, 2013). Jeden úhel pohledu ještě nedává takový vhled do problému jako sloučení více pohledů do prostorového vnímání. Každý z posluchačů a čtenářů se například prokazatelně identifikuje s jinou postavou příběhu nebo minimálně v odlišné míře. Účastníci skupinové hagioterapie se ve výkladu sděleného mohou lišit až natolik, jako by někteří vyslechli nebo četli jiný příběh.

2.3. Anonymní alkoholici

2.3.1. Historie a filozofie společenství AA

Anonymní alkoholici (AA), podobně jako Anonymní narkomani nebo Anonymní gambleři, jsou jedním z anonymních svépomocných společenství osob se závislostí², která se setkávají na mnoha místech České republiky. Sami se definují jako „*společenství mužů a žen, kteří spolu vzájemně sdílejí své zkušenosti, sílu a naději v tom, že mohou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu. Jediný požadavek pro členství je snaha přestat pít.*“ (AA, 1996). V současné době je podle oficiálních stránek českých Anonymních alkoholiků v ČR celkem 68 skupin napříč všemi kraji. Ačkoliv je nyní síť poměrně hustá, nebylo tomu tak vždy. Narodil od země původu tohoto hnutí, kterou jsou Spojené státy americké, je česká odnož poměrně mladá.

Založení Anonymních alkoholiků v USA se datuje přibližně do roku 1935, čtyři roky před prvním vydáním knihy Anonymous Alcoholics (W., Bill., 2001). Tato „Bible“ společenství AA je v USA známa pod slangovým názvem „the Big Book“ a v českém prostředí jako „Modrá kniha“. Autor knihy, zakladatel společenství a zároveň „první anonymní alkoholik“ Bill W., zde popisuje svůj životní příběh, historii vzniku prvních skupin, způsob, jakým byla odvozena jejich filozofie a principy, a přikládá příběhy dalších alkoholiků, kteří došli v AA k zotavení.

Na počátku tohoto společenství stálo setkání dvou alkoholiků, zakladatele Billa W. s lékařem Bobem v nemocnici v Akronu ve státě Ohio. Bob byl tou dobou beznadějný případ, ale byl stržen zkušeností Billa, který dosáhl kontaktem s náboženským hnutím tzv. Oxfordských skupin (the Oxford Groups) sebeúdravy a udržení abstinence. Brzy k sobě přijali třetího muže, pacienta nemocnice, a vytvořili tak historicky první skupinu AA. Během následujících čtyř let až do vydání Modré knihy vznikla tři společenství, ve kterých údajně v tomto krátkém časovém období došla k úzdavě až stovka alkoholiků.

V České republice začaly vzhledem k politickému kontextu vznikat první otevřené skupiny AA až po 17. listopadu 1989. Od roku 1988 byla organizována pouze ojedinelá tajná, uzavřená setkání. První otevřené setkání se uskutečnilo 5. května 1988 v protialkoholické léčebně U Apolináře. Dnes se skupiny setkávají hojně a převážně v budovách charit, církví (Katolická církev, Církev československá husitská,

² Toto je do jisté míry zjednodušení, protože Anonymní alkoholici nepodléhají diagnostice. České skupiny se definují jako ti, kteří „ztratili schopnost ovládat své pití“, v americkém originále „mají problém s pitím“.

Československá církev evangelická, Církev bratrská), sociálních služeb, a psychiatrických nemocnicích.

Základní principy společenství jsou formulovány ve Dvanácti krocích AA, Dvanácti tradicích AA a Dvanácti konceptech AA. Ve Dvanácti tradicích jsou zakotveny principy života společenství, Dvanáct konceptů AA spočívá v zakotvení světové služební struktury AA (například fungování Celostátní konference služeb AA, Rady důvěníků, výborů a komisí). Z hlediska působení AA na uzdravu jednotlivce je stěžejních Dvanáct kroků AA. V některých pramenech se v překladu vztahují k Vyšší moci, tento překlad z českých oficiálních stránek AA k Bohu:

1. *Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelné.*
2. *Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.*
3. *Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.*
4. *Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sebe samých.*
5. *Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.*
6. *Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.*
7. *Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.*
8. *Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit.*
9. *Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolila, s výjimkou kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.*
10. *Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.*
11. *Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.*
12. *Výsledkem těchto Kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.*

Společenství dále doporučuje všem členům přijmout tzv. sponzoring. Sponzor hraje roli určitého garanta, „staršího bratra“, který nově příchozímu pomáhá zakotvit se v principech svépomocné skupiny a může mu být nápomocný v kritických okamžicích.

2.3.2. Výhody a nevýhody společenství AA

Za zásadní přínos tohoto hnutí považuji dostupnost služby, která, ač založená na dobrovolnictví a svépomoci, má opravdu dobré pokrytí, zejména když vezmeme v úvahu nedostatek ambulantních adiktologických služeb. Dále bych chtěla vyzdvihnout zmiňovaný sponzoring a některá terapeutická doporučení AA, která popisují Pešek

a spoluautoři (2006) jako účinná. Vobořil s Kalinou zmiňují, že některé z nich přešly do tradice terapeutických skupin se závislými:

- Napodobuj až uspěješ: Zvláštní doporučení, které vychází ze zkušenosti. Mechanická nápodoba zvyků pomáhajících v abstinenci a zvládání stavů bažení může pomáhat už dříve, než dojde k jejímu plnému vnitřnímu přijetí (Nešpor, 1999).
- I tohle přejde: Povzbuzení, že překonat se dají i velmi nepříznivé okolnosti.
- Sedm/sedm: Zásada, podle které by měl člověk začínající s abstinencí nebo v krizi, navštěvovat setkání AA každý den v týdnu. V ČR je toto možné dodržet v Praze, kde se setkává největší počet skupin AA a každý den se koná setkání Na Pořící.
- Abstinovat právě dnes: doporučení shodné s tzv. 24 hodinovým programem vychází z klinické zkušenosti, že představa abstinovat dnes je pro klienty snesitelnější než „abstinovat navždy“ (Vobořil, Kalina, 2003, s.85).
- Snadno to jde: Vybízí alkoholiky k udržování tzv. life-balance, rozumné míry mezi prací, koníčky, rodinou, seberealizací a relaxací. Učí se nakládat rozumně s množstvím svých sil a odhadovat své reálné možnosti ve vztahu k užívání alkoholu, potažmo abstinenci.

Zároveň bych si mezi pozitivy dovolila citovat jednoho účastníka mítingu AA, kterého jsem se v rámci přípravy této práce účastnila; Bob: *„Ten, kdo sedí na AA, nechlastá v hospodě.“*

Oproti tomu nevýhodou AA je absence odborného kvalifikovaného vedení. Tento nedostatek byl v USA překlenut v tzv. Minnesotském modelu rozšířeném i do dalších zemí (např. do Velké Británie).

Bohužel další velkou bariérou, kterou již nijak překlenout nelze, může být pro některé agnostiky nebo ateisty základní kámen AA, a to víra v Boha či Vyšší moc.

2.3.3. Pojetí spirituality u Anonymních alkoholiků

Již z Dvanácti kroků AA je patrné, že Anonymní alkoholici kladou úspěch svého úsilí o uzdravu mimo své vlastní síly na sílu sebezpřesahující. Sami je definují jako zásady „duchovní povahy“. Zároveň se v Preambuli AA vymezují vůči náboženskosti a sektářství, tj. že *„nejsou spřízněni s žádnou sektou, církví, politickou organizací ani s žádnou jinou institucí, nepřejí si zaplést se do jakékoliv rozepře, nepodporují žádné vnější programy ani žádným jiným programům neodporují“*.

Náboženská spřízněnost ovšem vyplývá z kořenů AA v křesťanském hnutí, neboť Bill W. v Modré knize popisuje silný vliv Oxfordských skupin. Křesťanský princip společný všem AA spočívá v tom, že člověk si sám nemůže pomoci, aniž by jedni pomáhali druhým (W., Bill., 1976, s. 577). O vývoji své spirituality Bill W. vypovídá: „*Vždy jsem věřil ve vyšší moc nade mnou..., Kristu jsem přisuzoval osobnost velkého muže, který nebyl příliš věrně následován, těmi, kteří to proklamovali. Jeho morální učení jsem považoval za vynikající. Pro sebe jsem si ale osvojil jen ty části, které se zdály být pohodlné a ne příliš obtížné; zbytek jsem ignoroval.*“ Během svých alkoholických propadů, potkal jednoho z přátel z Oxfordské skupiny, který skutečně abstinoval a mluvil o svém duchovním obrácení. Jak se stalo, že i Bill přijal víru ve „Vyšší moc“, popisuje dále: „*Můj přítel navrhl něco, co se zdálo jak převratný nápad. Řekl: „Proč si nezvolíš svou vlastní představu o Bohu? “ „Toto prohlášení mě tvrdě zasáhlo. Roztavilo ledovou intelektuální horu, v jejímž stínu jsem prožil mnoho let. Nakonec jsem stál na slunci. Bylo to jen o tom, že jsem ochoten věřit v sílu větší než já. Pro nový začátek jsem už nic víc nepotřeboval.*“

Anonymní alkoholici, ačkoliv se vymezují vůči sektářství, bývají někdy předmětem spekulací, že se přesto o sektu jedná. Na základě osobní účasti na setkáních AA pro účely této práce, se domnívám, že dostatečně nenaplnují znaky sekty podle Enrotha (1994). Docházím k tomu, na základě této argumentace:

- Společenství AA jsou otevřená, nemají v čele vůdčí charizmatickou osobnost a nemají stabilní členskou základnu. Prakticky řečeno na každé setkání se může sejít různé osazenstvo. Ačkoliv každá skupina má své(ho) zakladatele, ve vedení skupin se členové mění. Vedení má charakter administrativní. Spočívá v hlídání vymezeného času, pravidel setkání a úvodního a závěrečného rituálu.
- Členové AA, až na tajemníky, nejsou členy v pravém slova smyslu, ale spíše účastníky. Účastníci nejsou evidováni, mohou přijít jak napovídá název skupiny anonymně, představit se skutečným jménem nebo pseudonymem, či jako „host“.
- Společenství AA nemá za cíl vymezovat se proti většinové společnosti, jiným společenským skupinám nebo do opozice tradičním hodnotám.
- Společenství AA není výlučné, neomezuje své členy v opuštění skupiny, nestaví se do pozice jediného možného zdroje údravy či abstinence, nevyhrožuje členům, že v případě opuštění AA selžou, či je nemanipuluje do pozice nedobrovolného docházení na mítingy.
- Společenství AA neproklamuje, že je držitelem jediné možné pravdy, nebo tajného učení. Všechny zdroje informací včetně tzv. Modré knihy jsou veřejné a přístupné.

- Společenství AA nevyužívá ve svém fungování žádný systém sankcí, který by uplatňoval na účastníky mítingů podle míry jejich oddanosti.

Zároveň se může nezávislý účastník mítingu AA setkat s několika sektářsky působícími projevy:

- Přehnaná loajalita nebo angažovanost členů, projevy závislosti na AA: Vlastností závislých osob je schopnost nahrazovat jednu závislost za druhou. Vždy se najdou tací, kteří se budou pro fungování AA hodně angažovat a obětovat jim z nadšení pro věc mnoho úsilí a času. Cituji účastníka mítingu; Bob: „*AA nevyřeší všechno. Byl jsem na AA závislý, organizoval jsem abstinentický ples, abstinentské hory, po deseti letech jsem zrelapsnul.*“
- Rituály a hesla: Zavedené rituály a hromadně odříkaná hesla mohou přirozeně vyvolávat odpor.
- Vyzývání Boha, či Vyšší síly: Hovory o Bohu, nadpřirozených silách, mimozemských bytostech apod. bývají asociované se sektami, které využívají iracionální, pocitové „argumenty“ k manipulaci se svými oběťmi.

2.4. Spiritualita specifických cílových skupin

Dosavadní výzkumy zaměřené na měření spirituality se věnují nejen běžné populaci (poměrně častou cílovou skupinou jsou z mnoha racionálních důvodů studenti vysokých škol), ale v některých případech i specifickým cílovým skupinám, které úzce souvisí s tématem mé bakalářské práce. V širším pojetí se jedná o skupiny pacientů trpících duševními onemocněními. V užším pojetí se jedná o osoby závislé na návykových látkách. Velmi vzácné v rámci této skupiny jsou výzkumy zaměřené na spiritualitu přímo v souvislosti s alkoholovou závislostí.

Mezi zajímavé výzkumy hledající souvislosti mezi spiritualitou a duševním onemocněním patří výzkum zaměřený na geneticky podmíněné neurochemické mechanismy, které mají společný vliv na spiritualitu i výskyt depresí (Anderson et al., 2017). V této longitudinální studii rozdělili probanty na skupinu s nízkým a vysokým genetickým rizikem deprese a zkoumali vliv genetické výbavy a spirituality do třetí generace. Geny pro dopamin mohou být podle jejich výsledků spojeny jak se spiritualitou a náboženskostí, tak se zvýšeným rizikem deprese u skupiny s nízkým rizikem deprese (vedoucí k mírné až střední depresi). Jiná longitudinální studie poukazuje naopak na společné působení smysluplnosti a naděje jako proměnných při snižování úrovně deprese (Mascaro & Rosen, 2005). Někteří autoři zase došli ve svých studiích k závěru, že životní smysluplnost je v negativní korelaci k depresi, sklonu k sebevraždám, hypochondrii, závislosti, či úzkosti (např. Reker, 1997) nebo naopak pozitivní korelaci ke stavu duševní pohody a zdraví (King et al., 2006).

Halama et al. (2010) ve svém výzkumu mezi duševně zdravou a nemocnou populací použili pro měření spirituality Pražský dotazník spirituality a Škálu spirituální pohody. Úroveň psychického zdraví měřili dotazníkem Symptom Checklist – 90 (SCL-90). Zdravou populaci tvořili studenti medicíny a ošetrovatelství Jesseniovy lékařské fakulty Univerzity Komenského (201 osob), psychiatricky nemocnou populaci pacienti hospitalizovaní na Psychiatrické klinice JLF UK a MFN v Martině (124 osob). Jejich výsledky jsem použila k srovnání s výsledky vlastního výzkumu v Kapitole 5.5 a diskuzi.

Vztahem spirituality a psychiatrických onemocnění se zabývají i Lukoff & Turner (1997), kteří se zapojili do procesu komentování psychiatrických diagnóz v DSM-IV a upozorňují také, že některé definice jsou kulturně citlivé. Lukoff (1985) ve své samostatné monografii také tvrdí, že mezi projevy mystických zkušeností a psychotickými projevy existuje překryv.

V oblasti adiktologie existuje několik prací, které se tématu mé bakalářské práce také dotýkají:

Například Herešová (2014) se ve svém výzkumu zabývá mimo jiné účinnými faktory hagioterapie a změnám na osobní úrovni, které působí. Cílovou skupinou byly ženy léčené v Psychiatrické nemocnici Bohnice pro závislost na návykových látkách. Na malém vzorku kvalitativně zaměřeného výzkumu popisuje mimo jiné silný aspekt viny, odpuštění a přijetí zodpovědnosti ve společných tématech klientek. Z jiného úhlu pohledu se na spiritualitu v terapii návykových onemocnění dívá Blažíčková (2018), která propojuje interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA) s výsledky Pražského dotazníku spirituality v rámci své kvalitativní studie zaměřené na malý vzorek čtyř terapeutů v adiktologických službách. Výsledky se nedají zevšeobecňovat, jedná se o kvalitativní výzkum. Každý z terapeutů navíc skóroval v subškálách velmi rozdílně. Jak ale autorka uvádí, velkou váhu v dotazníku i rozhovoru přikládali *sounáležitosti*. U všech terapeutů se pohybovala v intervalu 19-24 bodů. V diskuzi své práce autorka uznává, že jistou slabinou, ale zároveň záměrem, bylo neprozrazovat, jakého jsou terapeuti pohlaví.

Skorobogatova (2017) se ve své diplomové práci zabývá spiritualitou jako protektivním faktorem v prevenci vzniku závislostních onemocnění, na základě výzkumu vzorku studentů křesťanských středních škol a jejich skóre v PSD a užívání návykových látek podle dotazníku ESPAD. Výsledky porovnává s ESPAD ve srovnatelné věkové skupině. Ve čtvrté výzkumné otázce se ptá, jak je odlišná situace užívání návykových látek u žáků s prevalencí různých typů spirituality. Z výsledků nevyplývá, že by spiritualita jako taková byla protektivním faktorem. Ale na konkrétních podškálách se vyskytly signifikantní rozdíly v užívání alkoholu. Skupina, které vychází v PSD nadprůměrný výsledek

u *sounáležitosti*, má vysokou celoživotní prevalenci užívání alkoholu (93,8 %). Naopak skupina s vysokým výsledkem *eko-spirituality* má nižší podíl konzumace alkoholu, konkrétně piva v posledních 30 dnech.

Poslední skupinou, které bych se chtěla věnovat, jsou vědecké práce zaměřené na svépomocné skupiny závislých lidí:

Specifika účastníků svépomocných skupin zkoumala Mištová v bakalářské práci z roku 2015. Nezabývá se přímo spiritualitou, ale společnými znaky. Mimo jiné se v diskuzi shoduje s výsledky Postel et al. (2011), kteří zjistili, že ve svépomocných skupinách je větší podíl vysokoškoláků.

Polcin & Zetmore (2000) došli ve svém výzkumu k závěru, že anonymní alkoholici s těžkou duální diagnózou potřebují ke svému duchovnímu růstu, schopnosti plnit “Dvanáct kroků AA” a zapojení do služeb vzájemné pomoci jako je tzv. sponzoring, pomoc svého okolí a poskytovatelů odborných služeb. Dále zjistili, že délka abstinence predikuje míru spirituality a zapojení do AA.

2.5. Psychometrické přístupy měření spirituality

Přijetí spirituality jako komponenty osobnosti přimělo některé badatele k výzkumům zaměřeným na měření spirituality a religiozity.³ Většina výzkumů se snaží odhalit pomocí vzájemné korelace vztah mezi spirituální či religiozní složkou a jinými vlastnostmi osobnosti (Říčan, 2007). Nejčastěji ke srovnání slouží tzv. Velká Pětka (Big Five Personality Test), která měří těchto pět vlastností osobnosti: Neuroticismus, Extraverze, Otevřenost, Vstřícnost, Svědomitost (Barrick, Mount, 1991).

Piedmont (2005) se snažil zkonstruovat na základě Velké Pětky šestý faktor spirituality. Na základě množiny korelujících faktorů nižšího řádu vytvořil složku spirituality, což byl hlavní přínos Piedmontova dotazníku spirituální transcendence (STS). Šestý faktor tvoří Univerzalita, Naplnění modlitbou a Propojenost (Říčan, 2007a, s.295).

V českém prostředí se Piedmontem inspirovali Říčan a Janošová, kteří se ale s jeho podobou nespokojili a vytvořili Pražský dotazník spirituality, kterému je věnována samostatná kapitola této práce. Dále jsou také autory nedotazníkové metody Testu spirituální citlivosti, která je založena na pocitech, které účastníci výzkumu vyjadřují v reakci na vybrané evokativní obrazy (Říčan, 2007a, s. 289).

³ Podle Říčana (2007a, s.285) obsahuje dotazník spirituality spíše otázky na prožitky, dotazník religiozity na názory, účast na bohoslužbách, vztah k náboženské nauce apod.

Profesor filozofie Ralph W. Hood publikoval v roce 1975 dotazník o osmi kategoriích a 32 položkách zaměřený čistě na mystickou zkušenost. Mystickou zkušenost považuje pro spiritualitu za centrální a zároveň v empirických studiích opomíjenou. Dotazník mystiky testoval na 83 studentech psychologie (Hood, 1975). Jeho škála mystiky (M scale) je podle hodnocení mladší studie, která měla za cíl přezkoumat metody Hoodovy faktorové analýzy, „nebývalé vnitřní konzistence“ (Caird, 1988). Hoodova škála korelovala podle očekávání také s výsledky Hogeovy škály religiozity (Hoge intrinsic religiosity scale) (Hood, 1975).

David N. Elkins navazuje na Hoodův dotazník ve snaze postihnout v něm spiritualitu nezávislou na příklonu k určitému náboženskému směru. Jedná se o tzv. Dotazník spirituální orientace (Říčan, 2007a; Elkins, 1998).

V oblasti dotazování se na smysl života a existenciální otázky bych ráda jmenovala zejména PIL-Test (Purpose in Life, Test životních cílů) J.C. Crumbaugh a L.T. Maholicka, a LOGO-Test (test Vůle k smyslu) Elisabeth Lucasové. Vychází z myšlenek E.V. Frankla a byly také přeloženy a validizovány v českém jazyce (Křivohlavý, 2006). J.C. Crumbaugh publikoval také další dva testy, a to SONG-Test (Seeking of Noetic Goals) a MILE-Test (The Meaning in Life Evaluation Scale).

Dotazníků zaměřených na spiritualitu je zejména v anglickém jazyce celá řada. Monod et al. (2011) identifikovali až 35 nástrojů na hodnocení spirituality. Problémem je však zejména jejich validace v českém jazyce. Například dotazník spirituální inteligence D.Kinga (Spiritual Intelligence Self Report Inventory, SISRI-24) přezkoumali Moravec a Slezáčková (2018) ve své metaanalýze. Došli k závěru, že *„vykázala uspokojivé hodnoty a poukázala na vhodnost přeformulování jedné položky testu“*. Ale také, že *„dotazník je vhodný podrobit důkladnější analýze konstruktové validity, např. na položkové úrovni“*.

2.6. Pražský dotazník spirituality (PDS)

Autory Pražského dotazníku spirituality jsou Pavel Říčan a Pavlína Janošová, kteří vycházeli z fenomenologie náboženství zdůrazňující posvátno (Otto, 1998). V jednotlivých oddílech dotazníku se opírají v diagnostice mystických zážitků o R.W. Hooda, v oblasti lásky a soucitu o dílo Elkinse, v oblasti spirituální povahy mezilidských vztahů o Piedmonta, a v tématu hlubinné ekologie o E. Koháka. Autoři se nejprve snažili přeložit Piedmontův STS, ale použité pojmy nevyhovovaly jejich cíli, kterým bylo *„poznat jak spirituálně žijí lidé, kteří náboženství opustili nebo se s ním nikdy osobně nesetkali, zůstalo jim lhostejné, případně je s odporem odmítli“*. Neuspokojivý pro ně byl i výsledek Piedmontovy faktorové analýzy, kterou autor zredukoval většinu

z původních 64 položek. Proto se Říčan a Janošová Piedmontem pouze inspirovali. Dotazník podrobili faktorové analýze vlastních 80 položek, prostřednictvím které došli k finálnímu počtu 36 otázek. Otázky kategorizovali do pěti, posléze šesti škál. Nedostatkem dotazníku je nekonzistence autorů v pojmenování vytvořených škál. Uvádím proto v následující tabulce obě varianty názvu a jejich příslušnost k jednotlivým položkám dotazníku (viz Příloha 1) (Říčan, 2007a, s. 58, s. 288).

Tabulka 1: Škály Pražského dotazníku spirituality (PDS; angl. PQS 36)

| Název škály | Alternativní název škály | Otázky příslušející ke škále |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Hlubinná ekologie | Eko-spiritualita | 1; 7; 13; 19; 25; 31 |
| Etický entuziasmus | Etické zaujetí | 2; 8; 14; 20; 26; 32 |
| Sounáležitost | Pospolitost | 3; 9; 15; 21; 27; 33 |
| Mystické prožitky | Mystická zkušenost | 4; 10; 16; 22; 28; 34 |
| Svědomitá starostlivost | Etické zaujetí | 5; 11; 17; 23; 29; 35 |
| Latentní monoteistická orientace | Latentní monoteistická zkušenost | 6; 12; 18; 24; 30; 36 |

Zdroj: Říčan, 2007a, s. 58, s. 288

Dvojitý výskyt škály Etické zaujetí v Tabulce 1 není chybou, ale důsledkem modifikace škál autory dotazníku z původních pěti na šest. Šestá škála vznikla rozlišením Etického zaujetí na pozitivně a negativně laděné. Původní etické zaujetí totiž popisovalo pouze nedostatky, spojené se špatným svědomím a pocity viny. Tento význam autoři pojmenovali „Svědomitá starostlivost“. Pozitivně laděný význam pojmenovali „Etický entuziasmus“.

2.7. Motivační dotazník MUDr. Karla Nešpora (MDN)

Nešporův motivační dotazník byl pro účely této bakalářské práce vybrán s vědomím, že se nejedná o nástroj kvantitativního měření motivace. Hlavním důvodem je složitost samotného pojmu motivace, kterou nestačí postihnout pouze popsáním struktury motivace podle oblastí zasažených alkoholem. Jak Nešpor uvádí, může být pro léčbu rozhodující jen jeden jediný motiv, pokud je pro pacienta dostatečně významný.

Nešpor definuje dotazník jako „*intervenční nástroj, který navíc mapuje strukturu motivace respondenta k překonání návykové nemoci*“. Kromě toho jej doporučuje také pro informaci o motivovanosti klienta při vstupu do léčby. K tomu je konstrukce dotazníku velmi dobře uzpůsobená dobře zvoleným pořadím otázek. Například po tom, co si respondent zkapituluje dopady alkoholové závislosti na celý svůj život, má zodpovědět otázku, zda mu bude po překonání problémů z návykového onemocnění lépe. Nejedná se přitom o řečnickou otázku. Ve chvíli, kdy nevidí svoji budoucnost bez alkoholu jako lepší, je na motivaci potřeba ještě hodně pracovat.

Motivační dotazník MUDr. Karla Nešpora mapuje dopady v šesti oblastech:

- Tělesné zdraví
- Duševní zdraví
- Vztahy
- Pracovní oblast
- Právní záležitosti
- Finance a životní úroveň

Otázky jsou dichotomické, pozitivní odpovědi přísluší k výskytu negativního dopadu alkoholu v dané životní oblasti respondenta. Ačkoliv autor vylučuje kvantitativní použití, přesto množství pozitivních odpovědí zaznamenává jako tzv. „motivační skóre“, tj. za každé zaškrtnuté ANO započítává 1 bod.

Ve výzkumném souboru 77 respondentů v pobytové ústavní léčbě závislosti, ambulantním programu a socioterapeutickém klubu se projevil statisticky signifikantní rozdíl mezi pacienty abstinujícími dobu kratší než 30 dní a dobu delší než 90 dní, přičemž skóre déle abstinujících byl vyšší. Nepouští se však v diskuzi do jeho interpretace. „Předpokládáme, že by se mohlo mimo jiné jednat o vliv léčby anebo účasti ve **svépomocné organizaci**. Pro tuto hypotézu ovšem nemáme důkazy.“ Nejvyššího skóre dosahovali respondenti v oblasti vztahů (12,5b.), na druhém místě v oblasti duševního zdraví (12,1b.) a na třetím místě v oblasti životní úrovně (10,3b.) (Nešpor a kol., 2009).

Pro účely bakalářské práce jsem použila tento dotazník jinak, a to hned dvojím způsobem.

V první řadě jsem se rozhodla použít dotazník pro kvantitativní výzkum, nikoliv však ve smyslu kvantifikování a mapování motivace, ale měření dopadů závislosti na alkoholu v daných oblastech života respondentů. Ty jsem poté porovnávala s faktory z druhé části mého dotazníku, který je zaměřen na nenábožensky formulovanou spiritualitu (Pražský dotazník spirituality).

V druhé řadě jsem si byla vědoma, že dotazník zůstává intervenčním nástrojem, protože prohlubuje, nebo oživuje náhled na to, co respondent vinou alkoholu ztratil, či ztrácí. Nevěnuje se přitom pozitivním prožitkům z užívání. Motivační aspekt jsem zahrnula jako přidanou hodnotu práce. Potvrdil se v několika pozitivních reakcích respondentů, např.: „*Díky moc, pro mě bylo vyplnění dotazníku velkou vzpruhou - CO bylo a CO dnes nežiji, ale mávnutím kouzelnou fľaškou (abych neurazil - pixličkou prášků) může kdykoliv být zpátky.*“

3. Realizace výzkumu

3.1. Cíl výzkumu

Cílem studie je najít souvislosti mezi dopady závislostního onemocnění na alkoholu na různé oblasti života a spiritualitou jednotlivců. V rámci cíle budou mapovány rozdíly mezi skupinou respondentů, kteří se hlásí k svépomocné skupině Anonymních alkoholiků, a skupinou osob závislých na alkoholu mimo toto společenství.

3.2. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor zahrnuje 98 respondentů. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin, na skupinu členů AA („AA respondenti“) a členů mimo AA („nonAA respondenti“). Původním kritériem bylo místo, kam byl dotazník distribuován.

Cestu distribuce bylo možné zjistit jak u papírové formy, tak u on-line dotazníku. Dotazníkový online systém umožňuje rozlišit distribuční kanály. V praxi to znamená, že na stejný dotazník jsem mohla poslat jeden internetový odkaz skupině Anonymních alkoholiků a jiný odkaz skupinám z terapeutických komunit a dalších oslovených adiktologických služeb (dotazník mohl být tímto způsobem i personalizován, ale této varianty jsem vzhledem k anonymitě dotazníku nevyužila). V datovém souboru bylo možné třídit vyplněné dotazníky podle zmíněných distribučních kanálů. Rozlišení AA skupiny a nonAA skupiny podle distribučního kanálu se však během šetření ukázalo jako neprůkazné. Došlo dokonce k zpětnému zachytu stejné osoby z druhého distribučního kanálu (osoba mě informovala e-mailem, že se k ní již dotazník dostal jiným způsobem).

Jako užitečnější systém zařazení respondentů do AA se ukázalo kritérium odpovědi na otázku dotazníku, která vyjadřuje jejich subjektivní hodnocení přínosu společenství pro jejich léčbu:

„Který typ léčby hodnotíte jako pro Vás nejpřínosnější?“ = „AA“

(podmíněna otázkou s více možnostmi výběru „Jaký typ léčby závislosti jste absolvoval/a?“ - „AA“)

3.3. Výzkumné otázky

Pro zpřesnění cíle výzkumu jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

- Existuje vztah mezi dopady závislosti na alkoholu a spiritualitou jedince, je možné jej prokázat na úrovni konkrétních oblastí?
- Existuje souvislost mezi spiritualitou a tím, jestli se respondenti závislí na alkoholu hlásí či nehlásí k svépomocné skupině Anonymních alkoholiků? (Vycházím z filosofie skupiny AA, která se obrací na „Vyšší moc“ nebo „Boha“)
- Korelují dopady závislosti a spiritualita s délkou závislosti na alkoholu, vzděláním, a pohlavím?

3.4. Etická klauzule

Během výzkumu byla ve všech směrech zachována anonymita respondentů. V dotazníku neposkytovali respondenti žádné osobní údaje. Někteří účastníci on-line formy výzkumu využili možnosti vyplnit kontakt (e-mailovou adresu), aby jim mohl být zaslán jejich vyplněný dotazník v PDF formě. K této položce dotazníku byl připojen pasivní informovaný souhlas (respondenti souhlasili konkludentně dobrovolným vyplněním e-mailu), že informace nebude poskytována třetím osobám, odpovědi zůstanou nadále anonymní a získaná data budou použita pouze pro potřeby této bakalářské práce.

Anonymita při sběru dotazníků v papírové podobě byla zajištěna tím, že vyplnění anonymního dotazníku administrovali pracovníci jednotlivých pracovišť, osobně jsem se s klienty nesetkala. Výjimkou byl sběr dotazníků v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích, který jsem provedla osobně se skupinou pacientů. Ani zde jsem neměla přístup k jejich identifikačním údajům a sběr proběhl anonymně.

Obě části dotazníku mají potenciál ovlivnit respondenta v prožívání své závislosti. V rámci etického kodexu byli tedy respondenti v průvodním dopisu upozorněni na sebepoznávací charakter dotazníku. V případě vyplňování dotazníku v zařízeních bylo prožívání ošetřeno pracovníky. V Nechanicích jsem klienty poučila o tom, že účast je dobrovolná, a že mají své prožitky spojené s vyplňováním dotazníku přinést do programu léčby.

4. Metody tvorby dat

4.1. Typ výzkumu

Pro účely bakalářské práce jsem zvolila korelační kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření.

4.2. Použitý dotazník

Dotazník je rozdělen do dvou částí a je zcela anonymní. První část je založena na „Motivačním dotazníku MUDr. Karla Nešpora“ (MDN) a mapuje dopady závislosti na alkoholu na různé oblasti respondentova života. Zvolila jsem intervenční dotazník, původně český a s delší tradicí užívání, který jsem se rozhodla použít jinak než tvůrce zamýšlel. Jeho intervenční aspekt jsem zahrнула jako „vedlejší efekt“ výzkumu. Více se dotazníku věnuji v kapitole 2.5.

Druhá část je zaměřena na spiritualitu. Zvolila jsem „Pražský dotazník spirituality“ (PDS), abych se respondentů neptala na konkrétní náboženství či víru. Výhodou dotazníku je, že mapuje subjektivní pocitovou spiritualitu, nezávislou na náboženství, a tudíž může dosáhnout i na osoby, které se s náboženstvím a dogma neztotožňují, z církve či jiného náboženského hnutí odešli či vůči nim cítí odpor. Další výhodou je, že je dotazník již zaveden, existují k němu výsledky z dříve realizovaných výzkumů a je k dispozici v českém jazyce. Právě jazykový aspekt je u tohoto typu dotazníku velmi důležitý, neumělý překlad by mu velmi uškodil. Více se dotazníku věnuji v kapitole 2.6.

Závěr dotazníku byl zaměřen na některé sociodemografické údaje (věk, pohlaví, kraj, nejvyšší dosažené vzdělání) a na některé informace související s prodělanou léčbou, zejména hodnocení subjektivně nejvýznamnější léčby.

4.3. Design výzkumu

Sběr dat byl proveden on-line i papírovou formou a probíhal od 31.1. 2019 do 20.11. 2019. Různé formy byly použity s ohledem na prostředí, ve kterém šetření probíhalo. Nejprve byl odeslán na Radu AA internetový odkaz ze severu Click4survey (<http://www.click4survey.cz/s4/23602/dcfb155>) s prosbou o rozeslání mezi účastníky svépomocných skupin a průvodním dopisem pro respondenty. Tímto způsobem bylo získáno 27 dotazníků. V další vlně sběru, jsem rozeslala upomínací e-mail na jednotlivé skupiny AA (kontakty byly získány na veřejné webové stránce: <https://www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/skupiny/>). Následně jsem dotazníky

administrovala osobně na skupinách AA v Jihlavě a dvou skupinách AA v Praze (tímto způsobem bylo získáno dalších 21 dotazníků).

Dále jsem oslovila 21 zařízení v oboru adiktologických služeb, abych získala respondenty mimo skupiny Anonymních alkoholiků (osloveny byly čtyři psychiatrické nemocnice s ústavní léčbou návykových onemocnění, dvě kontaktní centra, tři sanatoria a denní stacionáře, čtyři adiktologické ambulance, tři poradny pro léčbu závislostí, dvě zařízení služeb následné péče, jedna psychiatrická ambulance, jedna terapeutická komunita a jeden azylový dům). Dotazník byl distribuován do těchto zařízení, která souhlasila s výzkumem (získáno dalších 50 dotazníků):

- Terapeutická komunita Vršíček, SKP Plzeň,
- Služba následné péče, Darmoděj, z.ú. v Jeseníku,
- Terapeutické centrum ve Zlínském kraji, Společnost Podané ruce o.p.s,
- Služba následné péče, Darmoděj, z.ú., Mikulovice u Jeseníku,
- Léčebna návykových nemocí Nechanice,
- Azylový dům Boéthéia Jeseník.

4.4. Použité metody analýzy dat

Při analýze dat byla použita popisná statistika pro popis sociodemografických údajů o respondentech, délky závislosti na alkoholu, léčebných zkušeností respondentů a vybraných významných zjištění z obou částí dotazníků (MDN a PDS). Pro zodpovězení výzkumných otázek byla použita korelační analýza, t-test, z-test a test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce. Statistickou část analýzy, včetně přeškálování a kategorizace proměnných, jsem zpracovala v MS Excel a v programu IBM SPSS Statistics na Klinice adiktologie, VFN v Praze.

5. Výsledky

5.1. Popis výzkumného souboru

Ve výzkumném souboru bylo 32 žen a 66 mužů. Zastoupení žen je tedy menší, ale uspokojivé, vzhledem k nižšímu podílu žen-klientek v adiktologických službách (vlivem faktorů nižší míry užívání alkoholu u žen a nižšího podílu žen, které vyhledávají adiktologické služby). Podíl jedné třetiny žen odpovídá přibližně podílu, ve kterém se hlásí ženy do léčby závislosti na alkoholu (Mravčík et al., 2018, s. 142). Poměrně atypická je vzdělanostní struktura (Tabulka 2), ve které dosahují respondenti vyššího dosaženého vzdělání, než je zastoupení v běžné populaci, tj. například podíl 29,6 % vysokoškoláků oproti podílu 19,2 % v ČR (ČSÚ - VŠPS, 2019, s. 21).

Tabulka 2: Pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

| | | Absolutní počty | Relativní (v %) |
|-----------------|---------------------|-----------------|-----------------|
| Pohlaví | muž | 66 | 67,3 |
| | žena | 32 | 32,7 |
| Vzdělání | ZŠ | 9 | 9,2 |
| | SŠ s výučním listem | 22 | 22,4 |
| | SŠ s maturitou | 38 | 38,8 |
| | VŠ | 29 | 29,6 |

Zdroj: vlastní výpočet.

Jedním z možných vysvětlení vyššího vzdělání je právě účast na svépomocné skupině, která vyžaduje větší dávku sebekontroly. Tuto domněnku jsem si ověřila v následující Tabulce 3. Vzdělanostní nerovnováha se projevila jak ve prospěch respondentů, kteří svépomoc v AA hodnotili jako nejprínosnější (nebo jeden z nejprínosnějších typů léčby), tak i respondentů, kteří AA někdy v životě navštívili (sloupec „ano“).

Tabulka 3: Vzdělání respondentů podle účasti ve svépomocné skupině AA

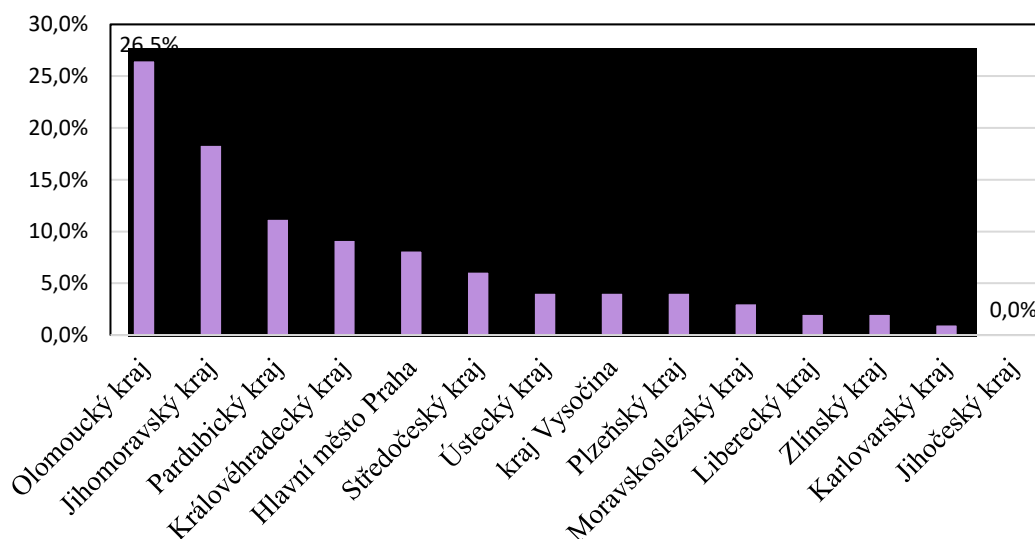
| Vzdělání | Největší přínos: AA / AA + jiná léčba | | Účast na AA | |
|---------------------|--|----|--------------------|----|
| | Ano | ne | ano | ne |
| ZŠ | 0 | 9 | 2 | 7 |
| SŠ s výučním listem | 4 | 18 | 5 | 17 |
| SŠ s maturitou | 20 | 18 | 25 | 13 |
| VŠ | 24 | 5 | 26 | 3 |
| Celkem | 48 | 50 | 58 | 40 |

Zdroj: vlastní výpočet.

Zastoupení respondentů napříč kraji České republiky je taktéž pestré. Oproti původním obavám, že se mi podaří získat pro dotazování pouze velké pražské skupiny Anonymních alkoholiků, byla realita sběru dotazníků příznivější. Respondentům byla položena otázka „Vyberte kraj, ve kterém nyní žijete“, za účelem zjistit jejich současné faktické bydliště (pokud není stejné jako trvalé). Rizikem takto položené otázky bylo, že respondenti

v pobytové léčbě vyplní místo léčby. Naštěstí k tomu nedošlo, takže odpovědi jsou konzistentní.

Graf 1: Zastoupení krajů podle současného bydliště respondenta (v %)



Zdroj: vlastní výpočet.

Většina respondentů byla ve věku 25-64 let, průměrný věk byl 46 let. Prostřednictvím otázky „V kolika letech jste začal/a pravidelně pít alkohol? – Zkuste odhadnout, v kolika letech jste začal/a mít problémy s alkoholem.“ jsem se snažila respondenty volnější formulací přimět k odhadu věku, kdy mohlo začít škodlivé užívání alkoholu nebo případně i závislost na alkoholu (dle definic MKN IV). Průměrný věk, kdy začali respondenti pít alkohol pravidelně byl 27 let, nejdříve začali v 11 letech a nejpozději v 57 letech. Než si uvědomili závislost na alkoholu, trvalo to v průměru sedm let (B-A, viz Tabulka 4). Od doby, kdy si svoji závislost uvědomili, se pohybují v kruhu změny a léčby (někteří abstinence) do současnosti v průměru 12 let (C-B, viz Tabulka 4).

Tabulka 4: Věková struktura výzkumného souboru

| Věková skupina | v % | | | |
|--|------|------|--------|-------------|
| 15-24 | 1 | | | |
| 25-34 | 22,4 | | | |
| 35-44 | 25,5 | | | |
| 45-54 | 21,4 | | | |
| 55-64 | 22,4 | | | |
| 65+ | 7,1 | | | |
| | Min. | Max. | Průměr | Sm.odchylka |
| Věk (C) | 20 | 74 | 45,8 | 12,9 |
| A) V kolika letech začal/a pravidelně pít alkohol | 11 | 57 | 27,1 | 10,8 |
| B) V kolika letech si uvědomil/a závislost na alkoholu | 15 | 60 | 34,6 | 10,8 |
| Interval (B-A) | 0 | 42 | 7,0 | 6,9 |
| Interval (C-B) | 0 | 43 | 11,8 | 8,7 |

Zdroj: vlastní výpočet.

Většina respondentů má za sebou už více typů léčby (dotazník umožnil vícenásobný výběr, tj. více než jednu z šesti předdefinovaných možností), mediánová hodnota jsou dvě. Pouze jediný typ léčby absolvovala čtvrtina respondentů. Pětina respondentů má za sebou už čtyři a více typů, tři respondenti dokonce všechny z možných. (viz Tabulka 5)

Tabulka 5: Počet typů léčby, které respondenti absolvovali

| Počet typů léčby | Absolutní čísla | Relativní (v %) |
|-----------------------|-----------------|-----------------|
| Pouze jeden typ léčby | 25 | 25,5 |
| Dva až tři | 52 | 53,1 |
| Čtyři a více | 21 | 21,4 |

Zdroj: vlastní výpočet.

Pro zhodnocení konkrétních typů léčby, které mají respondenti za sebou, jsem zvolila kontingenční tabulku s absolutními čísly, která se ukázala k popisu vhodnější než procentuální vyjádření. Například proto, že na diagonále vidíme nejen „100 %“, ale i počet osob, které daný typ léčby v celoživotní prevalenci absolvovali. Kromě šesti typů léčeb jsem přidala proměnnou, která vyjadřuje, že respondent absolvoval jen svépomocné skupiny AA. Vidíme, že 58 osob někdy navštívilo AA. Z toho 16 osob navštěvovalo pouze svépomocnou skupinu AA.

Nad diagonálou Tabulky 6 jsou viditelné poměry k ostatním léčbám. Zde jsem ponechala absolutní počty, ale doplnila je o Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti. Zvýrazněné buňky nad diagonálou poukazují na statisticky významnou závislost mezi poměry absolvovaných typů léčeb.

Tabulka 6: Kontingenční tabulka – absolvované léčby v absolutních číslech (N=ne, A=ano)

| | | ÚP | | TK | | IA | | SA | | NP | | AA | | Jen AA | |
|------------------------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|----|
| | | N | A | N | A | N | A | N | A | N | A | N | A | N | A |
| Ústavní psychiatrická | N | 27 | 0 | 22 | 5 | 19 | 8 | 26 | 1 | 24 | 3 | 5 | 22 | 11 | 16 |
| | A | 0 | 71 | 48 | 23 | 43 | 28 | 55 | 16 | 36 | 35 | 35 | 36 | 71 | 0 |
| Terapeutická komunita | N | 22 | 48 | 70 | 0 | 45 | 25 | 60 | 10 | 46 | 24 | 22 | 48 | 54 | 16 |
| | A | 5 | 23 | 0 | 28 | 17 | 11 | 21 | 7 | 14 | 14 | 18 | 10 | 28 | 0 |
| Individuální ambulantní | N | 19 | 43 | 45 | 17 | 62 | 0 | 54 | 8 | 42 | 20 | 29 | 33 | 46 | 16 |
| | A | 8 | 28 | 25 | 11 | 0 | 36 | 27 | 9 | 18 | 18 | 11 | 25 | 36 | 0 |
| Skupinová ambulantní | N | 26 | 55 | 60 | 21 | 54 | 27 | 81 | 0 | 55 | 26 | 37 | 44 | 65 | 16 |
| | A | 1 | 16 | 10 | 7 | 8 | 9 | 0 | 17 | 5 | 12 | 3 | 14 | 17 | 0 |
| Následná péče, doléčovací p. | N | 24 | 36 | 46 | 14 | 42 | 18 | 55 | 5 | 60 | 0 | 21 | 39 | 44 | 16 |
| | A | 3 | 35 | 24 | 14 | 20 | 18 | 26 | 12 | 0 | 38 | 19 | 19 | 38 | 0 |
| Svépomocná skupina (AA) | N | 5 | 35 | 22 | 18 | 29 | 11 | 37 | 3 | 21 | 19 | 40 | 0 | 40 | 0 |
| | A | 22 | 36 | 48 | 10 | 33 | 25 | 44 | 14 | 39 | 19 | 0 | 58 | 42 | 16 |
| Jen AA | N | 11 | 71 | 54 | 28 | 46 | 36 | 65 | 17 | 44 | 38 | 40 | 42 | 82 | 0 |
| | A | 16 | 0 | 16 | 0 | 16 | 0 | 16 | 0 | 16 | 0 | 0 | 16 | 0 | 16 |

Zdroj: vlastní výpočet.

Pozn.: Zvýrazněné buňky značí signifikantní závislost na 5% hladině významnosti v Pearsonově chí-kvadrát testu nezávislosti.

Výsledky v Tabulce 6 nejsou jen pouhým popisem výzkumného souboru, ale odrážejí i některé zákonitosti léčebného kontinua. Statisticky významný je například *nižší* podíl osob, které někdy navštěvovaly *svépomocnou skupinu i terapeutickou komunitu*. Naopak *vysoký* je podíl kombinace *ústavní psychiatrické péče s následnou péčí*, respektive minimum klientů se dostalo do následné péče bez toho, že by prošli léčbou ústavní (35:3). Pokud se klienti *neúčastnili následné péče*, neúčastnili se ve vysokém podílu *ani skupinové ambulantní péče*. (55:60) Přibližně čtvrtina těch, kteří někdy navštívili *svépomocnou skupinu AA*, navštívila i odborně vedenou *skupinovou ambulantní péči* (14:58). A z druhé strany mince, respondenti, kteří *nenavštívili nikdy AA*, nenavštívili zpravidla *ani jinou skupinovou ambulantní péči* (37:40).

Požadavkem na respondenty bylo, aby alkohol byl jejich hlavní návykovou látkou. Mezi dalšími látkami převažoval většinou nikotin (47 %), v menší míře také THC (13 %), stimulancia (10 %) a gambling (9 %). Mezi „jinými“ vyplnili v otevřené otázce dvakrát toluen, jednou kofein, třikrát jídlo, jednou PC hry a jednou láska.

Tabulka 7: Užívání jiných návykových látek

| Návyková látka | Počet (abs. č.) | Relativní (v %) |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
| pouze alkohol | 39 | 39,8 |
| nikotin | 46 | 46,9 |
| THC | 13 | 13,3 |
| stimulancia | 10 | 10,2 |
| subutex | 1 | 1,0 |
| opiáty | 1 | 1,0 |
| léky | 5 | 5,1 |
| halucinogeny a taneční drogy | 1 | 1,0 |
| gambling | 9 | 9,2 |
| jiné | 6 | 6,1 |

Zdroj: vlastní výpočty.

5.2. Vztah mezi dopady závislosti na alkoholu na oblasti života a spiritualitou jednotlivce

V této subkapitole se zaměřím na jednu z výzkumných otázek bakalářské práce. Pomocí korelační analýzy jsem hledala souvislosti mezi skórem získaným v dopadech závislosti na alkoholu na šest oblastí života podle Motivačního dotazníku MUDr. Karla Nešpora (MDN) a taktéž šesti škálami spirituality podle Pražského dotazníku spirituality (PDS). Skóre v kategoriích byla získána kumulativně, u MDN každá otázka zodpovězená ANO za 1 bod, u PDS sumarizací škály 1 až 5 za každou z 36 otázek, přičemž 5 bodů je nejvyšší soulad s výrokem (viz Příloha 1: Dotazník).

Vysoké skóre v MDN má pro jednotlivce význam negativní. Vyjadřuje, že byla daná oblast života alkoholismem výrazně zasažena (tato poznámka je důležitá i pro následnou interpretaci negativních korelačních koeficientů). Maximum bodů za danou oblast je stejný jako počet otázek, tj. 18.

Vysoké skóre u PDS vyjadřuje vysoký soulad respondenta se spirituálně orientovanými výpověďmi. Skóre pro danou oblast může nabývat maximálně 30 bodů.

Než přistoupím k samotné korelační analýze, zhodnotím výsledky respondentů v každé části dotazníku zvlášť. Stručný přehled poskytuje Tabulka 8.

Tabulka 8: Průměrná skóre v jednotlivých oblastech dotazníku

| | Oblast otázek | Min. | Max. | Průměr | Medián | Směr.odchylka |
|-----|---|------|------|--------|--------|---------------|
| PDS | Hlubinná ekologie (1,7,13,19,25,31) | 6 | 30 | 19,3 | 21 | 6,0 |
| | Etický entuziasmus (2,8,14,20,26,32) | 6 | 30 | 19,8 | 20 | 5,8 |
| | Sounáležitost (3,9,15,21,27,33) | 6 | 30 | 20,9 | 22 | 6,0 |
| | Mystické prožitky (4,10,16,22,28,34) | 6 | 30 | 17,6 | 18 | 6,6 |
| | Svědomitá starostlivost (5,11,17,23,29,35) | 6 | 30 | 20,5 | 21,5 | 5,9 |
| | Latentní monoteistická orientace (6,12,18,24,30,36) | 6 | 30 | 18,1 | 19 | 6,7 |
| MDN | Tělesné zdraví (1-18) | 0 | 16 | 6,7 | 6 | 3,6 |
| | Duševní zdraví (19-36) | 0 | 18 | 13,3 | 14 | 3,7 |
| | Vztahy (37-53) | 2 | 18 | 13,6 | 15 | 3,6 |
| | Pracovní oblast (54-71) | 0 | 18 | 10,4 | 11 | 4,8 |
| | Právní oblast (72-91) | 0 | 18 | 4,6 | 3 | 4,4 |
| | Finance a životní úroveň (92-109) | 2 | 18 | 10,9 | 11 | 4,3 |

Zdroj: vlastní výpočet.

Nejnižších skóre dosahovali respondenti v části MDN v oblasti *tělesného zdraví* a *právní oblasti*. Nejvyšších v oblasti *vztahů* a *psychického zdraví*. Protože v oblasti právní jsou otázky na trestní činnost (i neodhalenou), trestní stíhání a tresty, je teoreticky možné, že se respondenti obávali vyplnit pravdivé údaje. Jedná se ale pouze o domněnku. Poměrně vysoko byla zasažena i oblast *pracovní* a *finanční* (průměr je 10 z 18 bodů). Oproti tomu jednotlivé oblasti spirituality se v průměrném skóre od sebe výrazně nelišily. Lehce nižší vychází pouze u mystických prožitků a latentní monoteistické orientace. Zároveň mezi oblastmi PDS vychází signifikantní pozitivní korelace, což poukazuje na koherentně postavený dotazník, a zároveň na provázanost spirituality. Prokazuje se, že osoby s vyšším skóre v jedné oblasti PDS, mají vyšší skóre i v oblastech ostatních (podobně spolu korelují i části MDN, vyjma vztahu tělesného zdraví s právní oblastí).

Konkrétně se ale již věnuji vzájemné korelaci mezi oběma částmi dotazníku. Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu odhalil osm hodnot potvrzujících vzájemnou souvislost, signifikantní na 5% hladině významnosti, a některé i na 1% hladině významnosti (Tabulka 9).

Tabulka 9: Korelace mezi oblastmi života postiženými závislostí na alkoholu a oblastmi spirituality podle PDS

| | Tělesné zdraví (1-18) | Duševní zdraví (19-36) | Vztahy (37-53) | Pracovní oblast (54-71) | Právní oblast (72-91) | Finance a životní úroveň (92-109) |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Hlubinná ekologie (1,7,13,19,25,31) | 0,019 | 0,056 | -0,169 | -0,174 | -0,329* | -0,246* |
| Etický entuziasmus (2,8,14,20,26,32) | 0,1 | 0,121 | -0,054 | -0,123 | -0,235* | -0,181 |
| Sounáležitost (3,9,15,21,27,33) | 0,077 | 0,127 | -0,074 | -0,085 | -0,293** | -0,243* |
| Mystické prožitky (4,10,16,22,28,34) | 0,128 | 0,236* | 0,217* | 0,098 | 0,025 | 0,132 |
| Svědomitá starostlivost (5,11,17, 23,29,35) | -0,023 | 0,091 | -0,028 | -0,004 | -0,054 | -0,061 |
| Latentní monoteistická orientace (6,12,18,24,30,36) | 0,171 | 0,220* | 0,135 | -0,002 | -0,113 | 0,015 |

Zdroj: vlastní výpočet.

Pozn.: * korelace je signifikantní na 5% hladině významnosti; ** korelace je signifikantní na 1% hladině významnosti.

Výsledky vykazují **negativní korelaci** mezi:

- dopady závislostního onemocnění na *právní oblast* a *hlubinnou ekologii*,
- dopady na *právní oblast* a *etickým entuziasmem*,
- dopady na *právní oblast* a *sounáležitosti*.

Otázky v oblasti právní se dotýkaly zejména trestné činnosti, krádeží v rodině a mimo ni, loupeží, nedovoleného prodeje a výroby, zpronevěry, fyzické a slovní agrese, probíhajícího trestního stíhání, uložení podmínky nebo jiného trestu. Výsledky korelace můžeme interpretovat tak, že osoby, které v důsledku závislosti na alkoholu porušovaly společenské normy a zákony i mezilidské morální normy (např. krádež v rodině), (statisticky významně) cítí menší *sounáležitost s ostatními lidmi a s přírodou* (tzv. hlubinná ekologie, eko-spiritualita). Zajímavé je, že statisticky významně nevyšel vztah k části etiky ve smyslu vlastního svědomí (*svědomitá starostlivost*). Vyšla ale souvislost s druhou stranou mince etiky, jak ji Říčan a Janošová v dotazníku vydefinovali, tj. s *etickým entuziasmem*. Zde vyšla opět negativní korelace. Nerezonují tedy s výčitkami svědomí, či touhou „začít znovu“, ale rezonují opozitně v oblasti zaujetí pro konání dobra, v boji proti zlu, touhou předat dál, co získali, prožitku očištění, odpuštění, soucitu s trpícími či touze po štěstí ostatních.

Další statisticky významná **negativní korelace** byla zjištěna mezi:

- dopady na *finance a životní úroveň a sounáležitostí*,
- dopady na *finance a životní úroveň a hlubinnou ekologií*.

Respondenti, u nichž došlo k vyššímu skóre v zadluženosti, nespokojenosti se svým životem, chudém životním stylu, nedostatku peněz, který se projevoval v odpírání si kultury, kvalitního jídla, přiměřeného oblečení, či dokonce bezdomovectví, dosahují nižších skóre v sounáležitosti s ostatními lidmi, se společností. Necítí se v takové míře „jedním z nich“, nebo jednotu přes rozmanitost, vědomí sounáležitosti, které pomáhá „překonávat životní nepříjemnosti“. Zde by se chtělo říct, že se jedná o důsledek alkoholismu, stejně tak ale mohlo jít o příčinu, která byla alkoholismem prohloubena. V tomto i dalším případě se jedná jen o domněnky, protože výzkum nelze použít pro vysvětlení příčin a následků.

Méně jasný je vztah mezi *financemi a životní úrovní a hlubinnou ekologií*. Jeden z možných pohledů, poskytují výroky z hlubinné ekologie, které apelují na „*odpovědnost za přírodu*“, tvrdí, že „*naše Země patří stejně zvířatům jako lidem*“, a nebo „*neživé přírodě náleží nejvyšší respekt a úcta*.“ Domnívám se, že tyto výroky mají silný vztah ke společenské zodpovědnosti, která se vztahuje i na přírodu. Opět se projevuje souvislost se sounáležitostí s lidmi a s přírodou, jako tomu bylo u dopadů právních.

Statisticky významnou **pozitivní korelaci** vykazují:

- dopady na *duševní zdraví a mystické prožitky*,
- *duševní zdraví a latentní monoteistická orientace*,
- dopady na *vztahy a mystické prožitky*.

Korelace mezi *duševním zdravím a monoteistickou orientací*, může být dle mého názoru ovlivněna poměrně existenciálními výroky zařazenými do této oblasti, z nichž dva se týkají smrti. Směřují jistě k monoteistické (nejvíce křesťanské) víře v posmrtný život a setkání s Bohem („*Smrt je návrat někam domů.*“ „*Smrt je pro mě bránou k nejvyššímu tajemství.*“), existenci Boha („*Silně cítím, že existuje nejvyšší Pravda*“) či lásky („*Pocítil/a jsem někdy, že jsem zahrnut/a v lásce, která objímá veškeré tvorstvo.*“). Vliv může mít i náboženská víra nebo výchova. Zároveň však mohly respondentům rezonovat na úplně jiné úrovni. Stejně jako u korelace s *mystickými prožitky* to může být znakem větší otevřenosti těmto myšlenkám a tématům v důsledku těžkých duševních stavů, mezi něž patří i myšlenky na sebevraždu, pokusy o sebevraždu, a stavy úzkosti a strachu. Pozitivní korelace mezi *vztahy a mystickými prožitky* může poukazovat na vztahový aspekt spirituality. Také je možné usuzovat na větší otevřenost podobným tématům v důsledku prožitých vztahových traumat. To by ovšem opět vyžadovalo znalost příčinnosti, tj. výsledků dotazníku před vznikem závislosti. Kdybychom totiž příčinnost obrátili, predikovala by mystická spiritualita těžší dopady na oblast vztahů. Hypoteticky by to u závislých osob s duální diagnózou mohlo být známkou blízkosti některých výroků s bludy („*Měl/a jsem někdy pocit, že se mi otvírá tajemství vesmíru a existence.*“), a nebo stavy depersonalizace a disociace spojenými s úzkostí či post-traumatickou stresovou poruchou („*Stalo se mi, že pro mě čas, prostor a vzdálenost ztratily jakýkoli smysl.*“). Pro oblast spirituality jsem našla jediné výsledky PDS za běžnou populaci (Halama et al., 2010). Ty jsem pro tuto kapitolu nepoužila jako referenční hodnotu, ke které bych výsledky respondentů vztahovala. Věnuji jim ale samostatnou kapitolu a diskuzi.

Tabulka 10: Kontingenční tabulka – srovnání nadprůměrných (>) a podprůměrných (<) skupin podle výsledků; v %

| | | Tělesné zdraví | | Duševní zdraví | | Vztahy | | Pracovní oblast | | Právní oblast | | Finance a životní úroveň | |
|--------------------------------|---|----------------|----|----------------|----|--------|----|-----------------|----|---------------|----|--------------------------|----|
| | | < | > | < | > | < | > | < | > | < | > | < | > |
| Hlubinná ekologie | < | 54 | 42 | 48 | 48 | 35 | 56 | 36 | 57 | 39 | 62 | 40 | 55 |
| | > | 46 | 58 | 52 | 52 | 65 | 44 | 64 | 43 | 61 | 39 | 60 | 45 |
| Etický entuziasmus | < | 56 | 38 | 52 | 43 | 41 | 51 | 39 | 54 | 39 | 59 | 42 | 51 |
| | > | 44 | 63 | 48 | 57 | 60 | 49 | 61 | 46 | 61 | 41 | 58 | 49 |
| Sounáležitost | < | 54 | 33 | 50 | 39 | 41 | 46 | 36 | 50 | 34 | 59 | 36 | 51 |
| | > | 46 | 67 | 50 | 61 | 60 | 54 | 64 | 50 | 66 | 41 | 64 | 49 |
| Mystické prožitky | < | 46 | 44 | 52 | 39 | 57 | 38 | 55 | 37 | 48 | 41 | 56 | 36 |
| | > | 54 | 56 | 48 | 61 | 43 | 62 | 46 | 63 | 53 | 59 | 44 | 64 |
| Svědomitá starostlivost | < | 42 | 44 | 46 | 41 | 41 | 44 | 39 | 46 | 41 | 46 | 47 | 40 |
| | > | 58 | 56 | 55 | 59 | 60 | 56 | 61 | 54 | 59 | 54 | 53 | 60 |
| Latent.monoteistická orientace | < | 54 | 44 | 59 | 41 | 49 | 49 | 48 | 50 | 41 | 62 | 51 | 47 |
| | > | 46 | 56 | 41 | 59 | 51 | 51 | 52 | 50 | 59 | 39 | 49 | 53 |

Zdroj: vlastní výpočet. Pozn: Vyznačeny jsou signifikantí vztahy závislosti podrobně v Tabulce 11.

Zvolila jsem určitou formu benchmarkingu uvnitř souboru, jeho rozdělením na dvě skupiny podle výsledků nacházejících se nad a pod průměrem pro jednotlivé oblasti MDN a PDS. (Tabulka 10) Skupinové srovnání jsem doplnila o chí-kvadrát test nezávislosti (Tabulka 11).

Tabulka 11: Pearsonův Chí-kvadrát test nezávislosti; p-values (df=1)

| | Tělesné zdraví | Duševní zdraví | Vztahy | Pracovní oblast | Právní oblast | Finance a životní úroveň |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------|---|
| Hlubinná ekologie | 0,222 | 0,967 | 0,048* | 0,038* | 0,029* | 0,146 |
| Etický entuziasmus | 0,067 | 0,34 | 0,323 | 0,137 | 0,052 | 0,389 |
| Sounáležitost | 0,039* | 0,27 | 0,604 | 0,176 | 0,014* | 0,126 |
| Mystické prožitky | 0,823 | 0,185 | 0,066 | 0,083 | 0,531 | 0,051 |
| Svědomitá starostlivost | 0,861 | 0,639 | 0,718 | 0,446 | 0,592 | 0,483 |
| Latentní monoteistická orientace | 0,31 | 0,071 | 0,959 | 0,823 | 0,043* | 0,697 |

Zdroj: vlastní výpočet.

* Statisticky signifikantní na 5% hladině významnosti.

Podle tohoto testu existuje souvislost mezi oblastmi, které identifikoval již korelační test, respektive mezi skupinami, které v nich skórují nadprůměrně (>) a podprůměrně (<). Mezi ně patří:

- *Hlubinná ekologie a právní oblast,*
- *Sounáležitost a právní oblast.*

Výsledek jde ruku v ruce s negativní korelací. Například 62 % osob, kteří skórovali nadprůměrně v dopadech závislosti na alkoholu na právní oblast jejich života, zároveň skórovalo podprůměrně v *hlubinné ekologii*. Analogicky také v *sounáležitosti*.

Nové statisticky významné vazby test odhalil mezi:

- *Pracovní oblastí a hlubinnou ekologií,*
- *Vztahy a hlubinnou ekologií,*
- *Tělesným zdravím a sounáležitostí,*
- *Latentní monoteistickou orientací a právní oblastí.*

Zejména zajímavý je vztah *zdraví a sounáležitosti*. Skupině s „nadprůměrnými“ zdravotními problémy spojenými s užíváním alkoholu, vychází skóre nadprůměrně v *sounáležitosti* s ostatními lidmi (z 67 %). Skupina s nadprůměrnými výsledky v právních problémech skóruje z 62 % podprůměrně v *latentní monoteistické orientaci*. *Hlubinná ekologie* vychází jako velmi citlivá subškála, v tomto testu vychází signifikantně i vůči vztahům a pracovní oblasti.

5.3. Porovnání spirituality členů svépomocné skupiny AA a závislých na alkoholu mimo AA

V následující subkapitole se budu věnovat další výzkumné otázce, ve které se ptám na souvislost mezi spiritualitou osob závislých na alkoholu a jejich příslušností ke svépomocné skupině Anonymních alkoholiků. Při analýze jsem volila mezi respondenty, kteří se někdy skupin AA účastnili, a respondenty, kteří jmenovali AA jako nejpřínosnější léčbu. (Tabulka 12) Stejně jako spiritualita je založena na vnitřním velmi subjektivním postoji, i příslušnost k AA jsme se rozhodla vydefinovat skrze subjektivní pocit sounáležitosti s touto skupinou. Nejužší skupinou podle této definice jsou osoby, které na otázku „*Který typ léčby hodnotíte jako pro Vás nejpřínosnější? Pokud je to možné, vyberte jednu nebo dvě pro Vás stejně významné léčby.*“ odpověděly pouze AA. Protože otázka byla otevřená, „pouze AA“ nebo „jedině AA“, byla skutečně častá a jednoznačná formulace. Takto odpovědělo 28 respondentů (Tabulka 12). Jak víme z kapitoly 5.1, Tabulky 6, mezi respondenty je 16 osob, které v životě navštěvovaly pouze svépomocnou skupinu AA jako jediný typ léčby. Ostatní respondenti ale zkusili i jinou léčbu. Pro většinu testů v této kapitole byla velikost vzorku pro odhalení souvislostí dostačující. V širším pojetí jsem zahrнула i respondenty, kteří jmenovali jako nejpřínosnější kromě svépomocné skupiny AA i jinou léčbu. Tento vzorek byl robustnější a ve většině statistických testů přinesl srovnatelné výsledky.

Tabulka 12: Odpovědi na otázky týkající se účasti na AA a jejich přínosu

| Četnost | Absolutní čísla | | Relativní v % | |
|---|-----------------|----|---------------|------|
| | ano | ne | ano | ne |
| Největší přínos měla jen AA | 28 | 70 | 28,6 | 71,4 |
| Největší přínos měli jen AA a jiná léčba | 48 | 50 | 49 | 51 |
| Účastnil/a se někdy AA | 58 | 40 | 59,2 | 40,8 |

Zdroj: vlastní výpočet.

V dalším kroku analýzy jsem sledovala průměrná skóre těchto dvou skupin ve srovnání se zbytkem výzkumného vzorku, tj. „non-AA“ skupinou. Pro porovnání průměrů dvou nezávislých výběrů jsem použila dvouvýběrový t-test.

Úzce vymezená skupina AA dosahovala statisticky významně vyššího skóre v subškálách PDS *hlubinná ekologie*, *etický entuziasmus*, *sounáležitost* a *latentní monoteistická orientace*. Vyšší skórování v poslední jmenované oblasti se dá vztáhnout přímo k monoteistickému obsahu „12 kroků AA“. Výsledek pro *etický entuziasmus* zase odhaluje větší pocit, že „podstatou mého života je předat dál to, co jsem získal díky druhým“

(typické pro tzv. sponzoring v AA), přát si, aby „byly všechny bytosti šťastné“, prožít „odpuštění“, „očistění“, „soucit s trpícími“ aj.

V širším pojetí (AA+jiná léčba) dosahovali respondenti statisticky významně vyššího skóre pouze v *etickém entuziasmu* a *sounáležitosti*. K sounáležitosti přispívá i signifikantně vyšší skóre v oblasti dopadů na zdraví. Souvislost mezi *zdravím* a *sounáležitostí* vyplynula již z analýzy v předchozí kapitole (viz Tabulky 10 a 11).

Tabulka 13: Průměrná skóre dosažená respondenty v AA a mimo AA doplněná t-testy

| | AA | non-AA | t-test | AA+jiná léčba | non- (AA+j.l.) | t-test 2 |
|----------------------------------|------|--------|--------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| Hlubinná ekologie | 21,6 | 18,4 | 0,015 ^a | 20,4 | 18,3 | 0,073 |
| Etický entuziasmus | 22,4 | 18,8 | 0,005 ^a | 21,4 | 18,3 | 0,006 ^a |
| Sounáležitost | 23,0 | 20,1 | 0,031 ^a | 22,3 | 19,5 | 0,020 ^a |
| Mystické prožitky | 19,0 | 17,0 | 0,166 | 18,3 | 17,0 | 0,345 |
| Svědomitá starostlivost | 21,4 | 20,1 | 0,271 | 20,5 | 20,4 | 0,906 |
| Latentní monoteistická orientace | 20,3 | 17,2 | 0,034 ^a | 19,4 | 16,8 | 0,050 |
| <i>Tělesné zdraví</i> | 7,6 | 6,3 | 0,092 | 8,1 | 5,3 | 0,000 ^a |
| <i>Duševní zdraví</i> | 14,1 | 12,9 | 0,148 | 14,2 | 12,3 | 0,011 ^a |
| <i>Vztahy</i> | 13,2 | 13,8 | 0,494 | 13,5 | 13,7 | 0,723 |
| <i>Pracovní oblast</i> | 10,0 | 10,5 | 0,636 | 10,5 | 10,3 | 0,771 |
| <i>Právní oblast</i> | 3,4 | 5,0 | 0,106 | 3,0 | 6,1 | 0,000 ^a |
| <i>Finance a životní úroveň</i> | 9,1 | 11,6 | 0,011 ^a | 9,4 | 12,3 | 0,001 ^a |

Zdroj: vlastní výpočet. ^a statisticky významné hodnoty na 5% hladině významnosti

V rámci analýzy dat jsem zjistila i některé statisticky významné rozdíly v dopadech závislosti na alkoholu mezi AA a non-AA skupinou:

- V užším i širším vymezení AA respondenti dosahovali statisticky významně nižšího skóre v oblasti Finance a životní úroveň, tj. menšího dopadu alkoholismu na tuto oblast.
- V širším pojetí (AA+jiná léčba) dosahovali respondenti statisticky významně nižšího skóre i v právní oblasti. Naopak vyššího dosahovali v oblasti tělesného a duševního zdraví.

Stejně v předchozí kapitole jsem skupiny AA a non-AA rozdělila na dvě podskupiny dosahující nadprůměrného a podprůměrného skóre. Srovnání AA a non-AA jsem doplnila o statistický test nezávislosti na 5% hladině významnosti. Signifikantní byly rozdíly

ve čtyřech subškálách PDS: *hlubinná ekologie*, *etický entuziasmus*, *sounáležitost* a *latentní monoteistická orientace* (Tabulka 14).

Tabulka 14: Srovnání skupin AA, non-AA (v %), doplněné o Pearsonův Chí-kvadrát test nezávislosti; p-values (df=1)

| | | AA | non-AA | p-value |
|---|-----------|--------------|--------------|---------|
| Hlubinná ekologie | podprůměr | 32,10 | 54,30 | 0,047* |
| | nadprůměr | 67,90 | 45,70 | |
| Etický entuziasmus | podprůměr | 25,00 | 55,70 | 0,006* |
| | nadprůměr | 75,00 | 44,30 | |
| Sounáležitost | podprůměr | 25,00 | 51,40 | 0,017* |
| | nadprůměr | 75,00 | 48,60 | |
| Mystické prožitky | podprůměr | 39,30 | 47,10 | 0,48 |
| | nadprůměr | 60,70 | 52,90 | |
| Svědomitá starostlivost | podprůměr | 32,10 | 47,10 | 0,175 |
| | nadprůměr | 67,90 | 52,90 | |
| Latentní monoteistická orientace | podprůměr | 28,60 | 57,10 | 0,011* |
| | nadprůměr | 71,40 | 42,90 | |
| Tělesné zdraví | podprůměr | 35,70 | 57,10 | 0,055 |
| | nadprůměr | 64,30 | 42,90 | |
| Duševní zdraví | podprůměr | 32,10 | 50,00 | 0,108 |
| | nadprůměr | 67,90 | 50,00 | |
| Vztahy | podprůměr | 46,40 | 34,30 | 0,263 |
| | nadprůměr | 53,60 | 65,70 | |
| Pracovní oblast | podprůměr | 46,40 | 44,30 | 0,847 |
| | nadprůměr | 53,60 | 55,70 | |
| Právní oblast | podprůměr | 67,90 | 57,10 | 0,328 |
| | nadprůměr | 32,10 | 42,90 | |
| Finance a životní úroveň | podprůměr | 57,10 | 41,40 | 0,158 |
| | nadprůměr | 42,90 | 58,60 | |

* Chí-kvadrát test signifikantní na 5% hladině významnosti.

Zdroj: vlastní výpočet.

Poslední metodou, kterou jsem použila k sledování souvislostí mezi spiritualitou AA a non-AA respondentů mého dotazníkového šetření, je tzv. z-test pro komparační testování sloupcových procent mezi sebou (Tabulka 15). Pro analýzu subškál spirituality nepřináší už novou informaci, ale *potvrzuje* výsledek předchozích tabulek. Ve stejných čtyřech subškálách spirituality (*hlubinná ekologie*, *etický entuziasmus*, *sounáležitost* a *latentní monoteistická orientace*) se ve sloupci AA (A) v řádku nadprůměru objevuje písmeno B. To vyjadřuje, že AA nabývají nadprůměrných hodnot (statisticky významně) ve srovnání s non-AA (B). Nové výsledky přináší metoda pouze u sledování dopadů závislosti na alkoholu,

tj. srovnatelně menší dopad na oblast právní a srovnatelně větší dopad na tělesné zdraví (srov. Tabulka 13, metodou testování průměrů).

Tabulka 15: Komparace sloupcových procent AA, non-AA (z-test)

| | | AA | | AA+jiná léčba | |
|----------------------------------|-----------|----------|-----|---------------|-----|
| | | non-AA | AA | non-AA | AA |
| | | (B) | (A) | (B) | (A) |
| Hlubinná ekologie | podprůměr | A(,047) | | | |
| | nadprůměr | B(,047) | | | |
| Etický entuziasmus | podprůměr | A(,006) | | A(,008) | |
| | nadprůměr | B(,006) | | B(,008) | |
| Sounáležitost | podprůměr | A(,017) | | A(,014) | |
| | nadprůměr | B(,017) | | B(,014) | |
| Mystické prožitky | podprůměr | | | | |
| | nadprůměr | | | | |
| Svědomitá starostlivost | podprůměr | | | | |
| | nadprůměr | | | | |
| Latentní monoteistická orientace | podprůměr | A(,011) | | | |
| | nadprůměr | B(,011) | | | |
| <i>Tělesné zdraví</i> | podprůměr | | | A(,000) | |
| | nadprůměr | | | B(,000) | |
| <i>Duševní zdraví</i> | podprůměr | | | | |
| | nadprůměr | | | | |
| <i>Vztahy</i> | podprůměr | | | | |
| | nadprůměr | | | | |
| <i>Pracovní oblast</i> | podprůměr | | | | |
| | nadprůměr | | | | |
| <i>Právní oblast</i> | podprůměr | | | B(,003) | |
| | nadprůměr | | | A(,003) | |
| <i>Finance a životní úroveň</i> | podprůměr | | | | |
| | nadprůměr | | | | |

Zdroj: vlastní výpočet.

Pozn.: Čísla v závorce udávají signifikantní statistickou významnost, hodnotu p-value

5.4. Další faktory ve vztahu ke spiritualitě a dopadům závislosti na alkoholu

V následující kapitole se budu věnovat souvislostmi mezi dalšími faktory a dopady na život jednotlivce a jeho spiritualitu. Zvolené faktory jsou délka užívání alkoholu, pohlaví a vzdělání. Srovnávat budu různé časové údaje a intervaly, které jsem rozdělila následovně:

- Věk (C): Současný věk
- Věk (A): V kolika letech jste začal/a pravidelně pít alkohol/mít problémy s alkoholem?
- Věk (B): V kolika letech jste si poprvé uvědomil/a, že máte s alkoholem problém, že jste závislá/závislý?
- Interval (B - A): Období nevědomého škodlivého užívání alkoholu/závislosti n.a.
- Interval (C - B): Období vědomého pohybu v „kruhu změny“ (Prochaska & DiClemente, 1982)
- Interval (C - A): Celková délka „života s alkoholem“ od zahájení škodlivého užívání alkoholu/závislosti na alkoholu po současnost.

Nejprve se podíváme na vztah délky užívání alkoholu a skóre v Motivačním dotazníku MUDr. Karla Nešpora (Tabulka 16):

Signifikantní vyšla korelace mezi stářím respondenta a všemi oblastmi života, na které měl alkoholismus dopad, vyjma duševního zdraví. Těžko pochopitelné je, že korelace jsou, vyjma *tělesného zdraví*, negativní. U tělesného zdraví platí, že vyšší věk koresponduje s většími dopady na tělesnou schránku respondentů.

Ovšem, jak vysvětlit, že čím starší respondenti byli, tím méně bodů v dopadech na *vztahy*, *pracovní oblast*, *právní oblast* a *finance* posbírali? Bohužel zde chybí jedna vysvětlující proměnná, a to délka abstinence, která by mohla interpretaci usnadnit. Místo ní se však můžeme orientovat alespoň podle délky období, kdy byl respondent již vědomě v „kruhu změny“, tedy střídala se již období léčby, relapsu, a abstinence⁴. Také zde vychází negativní korelace, což už dává trochu smysl, a to pouze ve třech oblastech. Čím déle respondent věděl, že „se sebou musí něco dělat“, tím méně dopadů v oblasti *duševní*, *pracovní* a *vztahů* posbíral/a.

Třetí částí mozaiky je vztah mezi dopady a celkovou dobou „života s alkoholem“ (Interval C-A). Zde vychází negativní korelace ve vztahu k oblasti *vztahů* a *pracovního života*. Kromě toho zde logicky vychází pozitivní korelace s vědomou i nevědomou částí tohoto

⁴ Pouze parafrázuji Kruh změny podle Prochaska & DiClemente (1982).

období. A samozřejmě negativní korelace s věkem zahájení užívání alkoholu, která vystihuje, že nižší věk zahájení prodlužuje délku „života s alkoholem“.

Tabulka 16: Korelační analýza mezi délkou užívání, dopady a spiritualitou

| | Věk (C) | Interval (B-A) | Interval (C-B) | Interval (C-A) | Délka docházení do AA |
|------------------------------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| Interval B-A (nevědomé období) | 0,258* | 1 | -0,024 | 0,605** | 0,308* |
| Interval C-B (vědomě v „kruhu“) | 0,566** | 0,024 | 1 | 0,782** | . |
| Věk zahájení problémového pití (A) | 0,591** | -0,307** | -0,112 | -0,281** | . |
| Hlubinná ekologie | 0,188 | -0,097 | 0,036 | -0,020 | -0,076 |
| Etický entuziasmus | 0,158 | -0,230* | 0,075 | -0,064 | -0,099 |
| Sounáležitost | 0,173 | -0,192 | 0,144 | -0,005 | -0,123 |
| Mystické prožitky | 0,020 | -0,135 | -0,055 | -0,104 | 0,006 |
| Svědomitá starostlivost | -0,085 | -0,154 | -0,074 | -0,148 | -0,325* |
| Latentní monoteistická orientace | 0,148 | -0,118 | 0,005 | -0,059 | 0,032 |
| <i>Tělesné zdraví</i> | 0,208* | 0,052 | 0,130 | 0,155 | -0,095 |
| <i>Duševní zdraví</i> | -0,127 | 0,091 | -0,208* | -0,089 | 0,092 |
| <i>Vztahy</i> | -0,309** | -0,089 | -0,246* | -0,247* | -0,102 |
| <i>Pracovní oblast</i> | -0,423** | 0,051 | -0,321** | -0,227* | -0,107 |
| <i>Právní oblast</i> | -0,463** | 0,080 | -0,158 | -0,084 | 0,130 |
| <i>Finance a životní úroveň</i> | -0,372** | 0,078 | -0,150 | -0,070 | 0,194 |

Zdroj: vlastní výpočet.

* Korelace je signifikantní na 5% hladině významnosti.

** Korelace je signifikantní na 1% hladině významnosti.

Z hlediska Pražského dotazníku spirituality vychází signifikantní negativní korelace mezi *etickým entuziasmem* a délkou *nevědomého* období škodlivého užívání alkoholu. Může se jednat o následky užívání alkoholu, které se odráží v nárůstu egocentrismu, jak je popisují Orel a Facová (2009, s.205): „V průběhu nárůstu nadužívání dochází k zásadním změnám v osobnosti jedince (nárůst obran, egocentrismus, výrazné změny v uspořádání hodnot a postojů aj.“

Poslední sledovanou proměnnou byla délka docházení do AA, která koreluje velmi málo s výsledky PDS, a to pouze ve *svědomité starostlivosti* (signifikantně negativní korelací). Čím déle navštěvují respondenti AA, tím méně je trápí pocity, že by si mohli „zkazit život“, „hnusí se mi zlo ve mně i mimo mně“, pocity spojené se studem a svědomím. Také zde by byla doba abstinence možnou vysvětlující proměnnou.

Dále se budu věnovat posledním zbývajícím dvěma faktorům pohlaví a vzdělání. K analýze jsem opět použila rozdělení na skupiny nad a pod průměrem a z-test k hodnocení významnosti rozdílů ve sloupcových výsledcích. V Tabulce 17 jsou vyznačeny statisticky významné rozdíly v sloupcových procentech, v Tabulce 18 je potom popsáno, vůči kterým skupinám (A, B, C, D) je výsledek signifikantní.

Tabulka 17: Srovnání podprůměrných (<) a nadprůměrných skupin (>), podle pohlaví a vzdělání, v %

| | | Pohlaví | | Nejvyšší dosažené vzdělání | | | |
|---|---|---------|------|----------------------------|---------------------------|----------------------|------|
| | | muž | žena | ZŠ | SŠ s výučním listem | SŠ s maturitou | VŠ |
| Hlubinná ekologie | < | 56 | 31 | 67 | 73 | 42 | 31 |
| | > | 44 | 69 | 33 | 27 | 58 | 69 |
| Etický entuziasmus | < | 62 | 16 | 67 | 73 | 37 | 34,5 |
| | > | 38 | 84 | 33 | 27 | 63 | 65,5 |
| Sounáležitost | < | 56 | 19 | 78 | 73 | 34 | 24 |
| | > | 44 | 81 | 22 | 27 | 66 | 76 |
| Mystické prožitky | < | 51,5 | 31 | 44 | 59 | 32 | 52 |
| | > | 48,5 | 69 | 56 | 41 | 68 | 48 |
| Svědomitá starostlivost | < | 47 | 34 | 44 | 54,5 | 37 | 41 |
| | > | 53 | 66 | 56 | 45,5 | 63 | 59 |
| Latentní monoteistická orientace | < | 56 | 34 | 56 | 82 | 39,5 | 34,5 |
| | > | 44 | 66 | 44 | 18 | 60,5 | 65,5 |
| Tělesné zdraví | < | 54,5 | 44 | 67 | 82 | 45 | 31 |
| | > | 45,5 | 56 | 33 | 18 | 55 | 69 |
| Duševní zdraví | < | 45,5 | 44 | 33 | 50 | 39,5 | 52 |
| | > | 54,5 | 56 | 67 | 50 | 60,5 | 48 |
| Vztahy | < | 35 | 44 | 22 | 27 | 37 | 52 |
| | > | 65 | 56 | 78 | 73 | 63 | 48 |
| Pracovní oblast | < | 41 | 53 | 22 | 50 | 45 | 48 |
| | > | 59 | 47 | 78 | 50 | 55 | 52 |
| Právní oblast | < | 51,5 | 78 | 11 | 41 | 63 | 86 |
| | > | 48,5 | 22 | 89 | 59 | 37 | 14 |
| Finance a životní úroveň | < | 38 | 62,5 | 11 | 36 | 53 | 55 |
| | > | 62 | 37,5 | 89 | 64 | 47 | 45 |

Zdroj: vlastní výpočet.

Ženy dosahují ve spiritualitě signifikantně vyšších výsledků než muži v *hlubinné ekologii*, *etickém entuziasmu*, *sounáležitosti* a *latentní monoteistické orientaci*. Rozdíly jsou výrazné a patrné na první pohled i z procentního vyjádření bez znalosti z-testu. Například v etickém entuziasmu skóruje nadprůměrně 84 % žen a 38 % mužů. Markantní jsou i rozdíly mezi

pohlavími ve výsledcích MDN. Podprůměrně, tedy s menšími dopady užívání alkoholu, vyšly ženy v právní oblasti v 78 %. Z mužů to bylo 51,5 % respondentů. Lépe vyšly ženy i ve srovnání dopadů na finanční stránku a životní úroveň.

Více pomáhá z-test k orientaci mezi výsledky vzdělanostních skupin. Skupina respondentů s výučním listem vychází v několika subškálách podprůměrně, signifikantně ve srovnání s vysokoškoly a středoškoly s maturitou (Tabulka 18).

Tabulka 18: Komparace sloupcových procent podle pohlaví a vzdělání (z-test)

| | | Pohlaví | | Nejvyšší dosažené vzdělání | | | |
|----------------------------------|---|----------|----------|-------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| | | muž | žena | ZŠ | SŠ s výučním | SŠ s maturitou | VŠ |
| | | A | B | A | B | C | D |
| Hlubinná ekologie | < | B(,021) | | D(,019) | | | |
| | > | | A(,021) | B(,019) | | | |
| Etický entuziasmus | < | B(,000) | | C(,044) D(,041) | | | |
| | > | | A(,000) | B(,044) B(,041) | | | |
| Sounáležitost | < | B(,000) | | D(,021) | C(,024) D(,003) | | |
| | > | | A(,000) | | B(,024) | | A(,021) B(,003) |
| Mystické prožitky | < | | | | | | |
| | > | | | | | | |
| Svědomitá starostlivost | < | | | | | | |
| | > | | | | | | |
| Latentní monoteistická orientace | < | B(,044) | | C(,009) D(,005) | | | |
| | > | | A(,044) | B(,009) B(,005) | | | |
| Tělesné zdraví | < | | | C(,030) D(,002) | | | |
| | > | | | B(,030) B(,002) | | | |
| Duševní zdraví | < | | | | | | |
| | > | | | | | | |
| Vztahy | < | | | | | | |
| | > | | | | | | |
| Pracovní oblast | < | | | | | | |
| | > | | | | | | |
| Právní oblast | < | | A(,012) | A(,029) A(,000) B(,004) | | | |
| | > | B(,012) | | C(,029) D(,000) | D(,004) | | |
| Finance a životní úroveň | < | | A(,022) | | | | |
| | > | B(,022) | | | | | |

Zdroj: vlastní výpočet.

Pozn.: Čísla v závorce udávají signifikantní statistickou významnost, hodnotu p-value.

5.5. Srovnání výsledků s výzkumem zaměřeným na běžnou a psychiatrickou populaci

Pro srovnání výsledků Pražského dotazníku spirituality u závislých na alkoholu s běžnou populací jsem měla k dispozici jedinou studii. Halama et al. (2010) publikovali ve své studii průměry za jednotlivé subškály za běžnou populaci ve srovnání s psychiatrickými pacienty. Při hledání signifikantních rozdílů se jim podařilo najít významný rozdíl mezi těmito skupinami ve skóre *sounáležitosti* a *eko-spirituality*. Použili přitom Bonferroniho korekci a signifikantní rozdíl byl zevšeobecněn na hladině významnosti 0,02. Pomocí vlastních statistických metod se mi nepodařilo prokázat signifikantní závislost na 5% hladině významnosti. V následující tabulce však uvádím pro srovnání rozdíl průměrů od běžné i psychiatrické populace. Menší rozdíly průměrů od psychiatrické populace může souviset s množstvím léčených i latentních duálních diagnóz mezi závislými na alkoholu.

Tabulka 19: Srovnání výsledků závislých na alkoholu s běžnou a psychiatrickou populací

| | Běžná populace (A) | Psychiatřiční pacienti (B) | Alkoholici v.v.* (C) | Rozdíl průměrů (B-C) | Rozdíl průměrů (A-C) |
|----------------------------------|--------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Hlubinná ekologie | 17,13 | 19,49 | 19,3 | 0,19 | -2,17 |
| Etický entuziasmus | 21,04 | 20,67 | 19,8 | 0,87 | 1,24 |
| Sounáležitost | 22,47 | 20,74 | 20,9 | -0,16 | 1,57 |
| Mystické prožitky | 16,14 | 16,81 | 17,6 | -0,79 | -1,46 |
| Svědomitá starostlivost | 20,75 | 20,79 | 20,5 | 0,29 | 0,25 |
| Latentní monoteistická orientace | 19,35 | 18,62 | 18,1 | 0,52 | 1,25 |
| <i>Průměr</i> | <i>20,05</i> | <i>20,08</i> | <i>19,55</i> | . | |

Zdroj: Halama et al. (2010) & vlastní výpočty. *vlastní výzkum

6. Diskuze a závěry

Cílem výzkumu bylo zmapovat souvislosti mezi spiritualitou a dopady závislosti na alkoholu na různé oblasti života jednotlivce. Tento vztah byl první a hlavní výzkumnou otázkou. Pomocí korelační analýzy mezi alkoholismem dotčenými šesti oblastmi života respondentů a šesti subškálami dotazníku spirituality jsem našla několik vazeb. Citlivou na korelace se ve většině testů ukázala subškála *hlubiná ekologie* (alt. eko-spiritualita) a *sounáležitost*. Negativně mezi sebou korelovala *právní oblast* v páru s *hlubinnou ekologií*, *etickým entuziasmem* a *sounáležitostí*. Větší dopady v oblasti právní, porušování nejen právních, ale i mezilidských norem, je spojeno s nižším skóre v respektu a úctě k přírodě, sounáležitosti s jinými lidmi a nadšením pro dobro. Interpretuji tuto korelaci zejména skrze jim společnou orientaci na okolí a jeho dobro, ať už se to týká lidí, zvířat, přírody, „štěstí všech bytostí“, či „boje dobra se zlem“, cituji z otázek *etického entuziasmu*. Výsledek může také poukazovat na význam ekologické výchovy v rámci nespecifické primární prevence.

Pozitivní korelaci vykazují *mystické prožitky* v páru ke *vztahům* a *duševnímu zdraví*. Lidé, kteří mají velké potíže v důsledku závislosti na alkoholu ve vztazích, které se jim rozpadly či byly ohroženy, a mají těžší psychické potíže, skórují více v mystické spiritualitě. Snažila jsem se v interpretaci vyhnout posuzování příčiny a následku, kterou tímto šetřením vyřešit nejde. Říčan (2007, s.295) ale tvrdí, že spiritualitu považujeme za zčásti vrozenou vlohu. Možná se zde projevuje i myšlenka Lukoffa (1985), že mezi mystickou zkušeností a projevy psychotických stavů existuje překryv. Potom by i ta pozitivní korelace na vztahy mohla značit pouze dopady psychiatrické diagnózy na vztahy respondentů, která je jen provázena závislostí jako duální diagnózou. V opačné rovině by životní zkušenosti problémů ve vztazích a psychické oblasti člověka otvíraly mystickým zážitkům. Proto se příčinnosti vyhýbám, ale považuji ji za množinu možných interpretací vztahů, které se v tomto výzkumu ukázaly jako statisticky významné.

Dobrou zprávou pro mne je zjištění, že i přes použití více statistických metod, jejich výsledky nešly nikdy proti sobě, ale potvrdily nebo doplnily zjištění předchozí. Ze skupinového srovnání nadprůměrných a podprůměrných skór (testovaných pomocí metody chí-kvadrát) vyšel nový zajímavý vztah mezi *zdravím* a *sounáležitostí*. Skupina s těžšími („nadprůměrnými“) zdravotními problémy v důsledku užívání alkoholu, skóruje nadprůměrně v *sounáležitosti* s ostatními lidmi.

V druhé výzkumné otázce mě zajímal rozdíl mezi spiritualitou závislých na alkoholu, kteří dochází do svépomocné skupiny AA a kteří jsou mimo AA. Na počátku jsem si musela zejména položit otázku, které respondenty budu považovat za členy AA a které ne. V souladu

s intuitivním charakterem druhé části dotazníku zaměřené na spiritualitu jsem „členství“ pojala také co nejvíce intuitivně. Do AA patřili v užším vymezení ti, kteří odpověděli, že největším přínosem ze všech typů léčby jsou pro ně AA. Tato skupina AA dosahovala statisticky významně vyššího skóre ve spirituálních subškálách *hlubinná ekologie*, *etický entuziasmus*, *sounáležitost* a *latentní monoteistická orientace*. Poslední dvě jmenované subškály korespondují velmi s filozofií svépomocné skupiny, zejména s monoteistickým obsahem „12 kroků AA“, obracejícím se k Bohu. Ale také zrcadlí jednu ze služeb v AA, tzv. sponzoring, například v *etickém entuziasmu* souladem s „*podstatou mého života je předat dál to, co jsem získal díky druhým*“.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na vztah spirituality a dopadů závislosti na alkoholu k pohlaví, nejvyššímu dosaženému vzdělání a věku. Zajímal mne nejen současný věk, ale také věk, ve kterém začal mít respondent problémy s alkoholem (začal pít pravidelně) a věk, kdy si uvědomil závislost na alkoholu. Zajímavým zjištěním bylo, že mezi členy svépomocné skupiny AA je větší podíl vysokoškoláků než v běžné populaci, což koresponduje s výzkumem Mištové (2015) a Postel et al. (2011). Dále jsem zjistila, že skupiny s VŠ a SŠ s maturitou dosahovaly vůči méně vzdělaným statisticky vyšších skóre ve čtyřech ze šesti subškál spirituality. Stejného ale ještě výraznějšího výsledku dosahovaly ženy oproti mužům, a to ve stejných čtyřech subškálách: *hlubinnou ekologii*, *etickým entuziasmem*, *sounáležitostí* a *latentní monoteistické orientaci*. Z pohledu stáří respondentů mě zajímala zejména celková délka „života s alkoholem“ od začátku problémového pití do současnosti, a dále její nevědomá a vědomá část (od uvědomění si závislosti). Bohužel chyběl doplňující údaj o délce abstinence. Otázku na abstinenci také není snadné položit. Má to být suma všech období abstinence, délka nejdelšího období abstinence, nebo otázka zda nyní abstínuje a jak dlouho? Avšak i bez této informace, delší období vědomého pohybu v Kruhu změny (Prochaska & DiClemente, 1982), kdy závislý prochází obdobími léčby, abstinence a relapsu, se projevilo signifikantně v nižším skóre dopadů na vztahy, duševní oblast a pracovní život. Dalším zjištěním byla negativní korelace mezi *etickým entuziasmem* a délkou nevědomého období škodlivého užívání alkoholu a/nebo závislosti. Jednou z možných interpretací je, že má toto období „bez brzd“ dopad na růst egocentrismu, který je v opozici k altruisticky zabarvenému etickému entuziasmu.

Poslední subkapitulu k výsledkům jsem věnovala srovnání skóre spirituality mého výzkumného souboru a souboru běžné populace s psychiatrickou populací z výzkumu, který provedli na Slovensku Halama et al. (2010). Kapitulu jsem přidala k výsledkům v souvislosti s diskuzí korelace mezi *mystickými prožitky* a dopady závislosti na psychické zdraví. Vedla mě totiž k úvaze, do jaké míry vzhledem k počtu duálních diagnóz, vypovídá

tato subškála o spiritualitě a do jaké míry o psychiatrické diagnóze. Některé výroky v *mystických prožitcích* by totiž mohly popisovat stav disociace (viz otázka 10 PSD, Příloha 1) nebo bludu.

Z hlediska metodiky měl dotazník některé nedostatky. Vzhledem k tomu, že jsem Motivačního dotazníku MUDr. Karla Nešpora (MDN) použila k jiným než jeho původním účelům, pro kvantitativní šetření by například stálo za úvahu otázkám přiřadit váhy. Pro ilustraci, otázka, zda respondent někdy učinil pokus o sebevraždu, má stejný jednobodový skór jako stavy podrážděnosti v důsledku návykové nemoci. Zároveň se domnívám, že MDN se mi osvědčil. Jednotlivé části popisující oblasti života jsou vyvážené (v každé bylo možné získat max. 18 bodů) a z pohledu závažnějších otázek (jako výše uvedená sebevražednost) každý oddíl obsahoval stejný počet méně a více závažných otázek. Dotazník navíc nabízí různé možnosti, jak informace analyzovat. Je možné k němu přistupovat na úroveň jednotlivých položek.

Menším nedostatkem byla celková délka dotazníku, jehož vyplnění trvalo v průměru 15 minut a pro nízkou návratnost jsem prodloužila dobu sběru dat. Pokud bych šetření dělala znovu, určitě bych do něho zařadila otázku na délku abstinence, a naopak vynechala nebo zjednodušila otázku na jiné než alkoholové závislosti (například stručnou otevřenou otázkou namísto zaškrťování taxativního výčtu).

Literatura

- Anonymní alkoholici: příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu.* (1996, 2. české vyd.). New York: Alcoholics Anonymous World Services. ISBN 0-916856-28-3.
- Allport, G. (1950). *The individual and his religion. a psychological interpretation.* New York: Macmillan.
- Anderson, M.R., Miller, L., Wickramaratne, P., Svob, C., Odgerel, Z., Zhao, R. & Weissman, M. M. (2017). Genetic Correlates of Spirituality/Religion and Depression. A Study in Offspring and Grandchildren at High and Low Familial Risk for Depression. *Spirituality in Clinical Practice*, 4(1), 43–63. doi:10.1037/scp0000125
- Balcar, K. (1989). Racionálně-emotivní terapie Alberta Ellise ; Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla. *Psychoterapeutické sešity*, 29. Praha: Kabinet pro vzdělávání v psychoterapii, Psychiatrická klinika Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy.
- Barrick, M. R. & Mount, M. K. (1991). The Big Five Personality Dimensions and Job Performance. A Meta-Analysis. *Personnel Psychology* Personnel Psychology, 44, 1-26. doi:10.1111/j.1744-6570.1991.tb00688.x
- Blažíčková, E. (2018). *Postoje terapeutů vybraných rezidenčních léčebných zařízení ke spirituálním tématům a technikám v léčbě závislostí.* (Bakalářská práce). Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.
- Caird, D. (1988). The Structure of Hood's Mysticism Scale. A Factor-Analytic Study. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 27(1), 122-127. doi:10.2307/1387407. ISSN 00218294.
- Český statistický úřad (2019). *Trh práce (krajské srovnání) – 2018.* Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/91564589/25011919.pdf/5a613812-f2c9-4705-b3e7-76bdac67c842?version=1.0>
- Edenberg, H.J., Gelernter, J. & Agrawa, A. (2019). Genetics of Alcoholism. *Current psychiatry reports*, 21(4), [26]. doi:10.1007/s11920-019-1008-1
- Elkins, D.N. (1998). *Beyond Religion: A Personal Program for Building a Spiritual Life Outside the Walls of Traditional Religion.* Wheaton, Illinois: Quest Books.
- Enroth, R. (1994) *Průvodce sektami a novými náboženstvími.* Praha: Návrat domů.
- Francis, E.K. (1951). Reviewed Work. The Individual and His Religion. A Psychological Interpretation. by Gordon W. Allport. *American Journal of Sociology*. 56/4: 389-391. Chicago: The University of Chicago Press.
- Frankl, V. E. (1999). *Teorie a terapie neuróz: úvod do logoterapie a existenciální analýzy.* Praha: Grada.
- Fromm, E. (2003). *Psychoanalýza a náboženství.* Praha: Aurora. ISBN 80-7299-066-7.

- Halama, P., Ondrejka, I., Žiaková, K., Farský, I. (2010). Existenciálne a spirituálne koreláty mentálneho zdravia u bežnej populácie a psychiatrických pacientov. *Československá psychologie*. 54/1, 42–57.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-1.
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha. Portál. ISBN 80-7178-803-1.
- Herešová, A. (2014). *Význam hagioterapie v terapeutickém procesu ústavní léčby závislosti žen v Psychiatrické nemocnici Bohnice* (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology* 90, 1, 179-196.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing.
- Kudrle S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*, (s. 91-95). Praha. Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- Längle, A. Psychotherapeutic work with hope in the existential analytical paradigm. *Nacional'nyj Psihologičeskij Žurnal*. 33, 16-22. doi: 10.11621/npj.2019.0102
- Langmeier, J. & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*, (s.157-158). Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze.
- Lukasová, E. (2009). *Základy logoterapie*. Bratislava: Lúč.
- Lukoff, D., Lu, F. G., Turner, R. P. (1997). Commentary on „Spiritual experience and psychopathology“. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 4, 75-77.
- Lukoff, D. (1985). The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *Journal of transpersonal psychology*, 2, 155-181.
- Mascaro, N., Rosen, D. H. (2005). Ex-istential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73, 4, 985-1013.
- Maslow, A. H. (1970) *Motivation and Pesonality*. New York. Harper and Row.
- Moore, R. L.. (1998) *C. G. Jung a křesťanská spiritualita. sborník reflexí psychologů, teologů a religionistů*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-195-9.
- Moravec, P. & Slezáčková, A. (2018). Psychometrické vlastnosti české verze škály Spirituální inteligence D. Kinga. *Psychologie a její kontexty*, 9(1), 83-100. Dostupné z: http://psychkont.osu.cz/fulltext/2018/2018_1_7_MS_Moravec_Slezackova.pdf
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová ,K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Vlach, T., Fidesová, H., Vopravil, J.

- (2018). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (1999). *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha. Sportpropag, 1999.
- Nešpor, K., Scheansová, A. & Karbanová, H.. (2009) Motivační dotazník jako intervenční a diagnostický nástroj, *Praktický Lékař*, 89(1). 46-50.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0189-2.
- Orel, M. & Facová, M., et al. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
- Otto, R. (1998). *Posvátno. Iracionalita vídeji božství a její poměr k racionalitě*. Praha. Vyšehrad. ISBN 80-7021-260-8.
- Pargament, K.I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *International Journal of Phytoremediation*.
- Pešek, R., Kotrbová, K., Masár, Vurm (2006). *Kognitivní analýza významných činitelů terapeutické účinnosti organizace Anonymních alkoholiků*, 8. 1 – 200. ISSN 1212-4117
- Polcin, D. L., & Zetmore, S. (2004). Psychiatric severity and spirituality, helping, and participation in alcoholics anonymous during recovery. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 30 (3), 577-9. ISSN: 0095-2990.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. (2011). Characteristics of problem drinkers in E-therapy versus face-to-face treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 37(6), 537-542. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&an=66482984&scope=site>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-287. doi: 10.1037/h0088437
- Reker, G. T. (1997): Personal meaning, optimism and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly. *The Gerontologists* 37, 709-716.
- Remeš, P., Halamová, A. (2013). *Nahá žena na střeše. Bible a psychoterapie*. Praha: Jiří Sušanka – POMPEI.
- Richards, P., & Bergin, A. E. (2014). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/14371-000
- Říčan, P. (2007a). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha. Portál.
- Říčan, P. (2007b). *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Praha. Grada Publishing.
- Říčan, P. (2009) Psychologická encyklopedie. aplikovaná psychologie. In B. Baštecká (Ed.), *Spiritualita v psychologii* (379-381). Praha. Portál
- Schermer, V. L. (2007). Duch a duše. Nové paradigma v psychologii, psychoanalýze a psychoterapii. *Psyché* (Triton), 44, 26. Praha: Triton.

Schlammm, L. (2007). C. G. Jung and numinous experience. Between the known and the unknown. *European Journal of Psychotherapy*, 9(4), 403-414 doi: 10.1080/13642530701725981.

Skorobogatova, A. (2017) *Spiritualita a užívání návykových látek u žáků pražských církevních škol* (Diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

Šamánek, M., Urbanová, Z. (2012). Tolerance k alkoholu. *Kapitoly z kardiologie*, 2. Praha: Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/27088-tolerance-k-alkohol>

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 425-445. Praha: Portál.

Vobořil, J., Kalina, K.. Svépomocné programy. In. Kalina K. et al. 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003.

Vojtíšek, Z., Dušek, P., & Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.

Vymětal, J., Balcar, K., Durecová, K., Gjuričová, Š., Hájek, K., Hanušová, I., Kocourková, H., Praško, J., Prašková, H., Špalek, J., Špitz, J., Vavrda, V. (2007): *Speciální psychoterapie*. Praha. ISBN 80-247-1315-1.

W., Bill. (1976). *Alcoholics Anonymous: the story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.

Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I. (2005). Religiousness and spirituality. In *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 21-42. New York: The Guilford Press.

Příloha 1: Dotazník

Dopady závislosti na alkoholu a spiritualita ve Vašem životě

Vážená paní/ vážený pane,

prosím o vyplnění dotazníku pro účely mé bakalářské práce v oboru adiktologie. Na jeho vyplnění si rezervujte 12-15 minut Vašeho času. Dotazník je rozdělen do dvou částí, a je zcela anonymní. Nebudu se Vás ptát na jméno, získaná data budou použita pouze pro potřeby této bakalářské práce, a výsledky budou prezentovány pouze hromadně po statistickém zpracování.

První část je založena na Motivačním dotazníku MUDr. Karla Nešpora, a mapuje dopady závislosti na alkoholu na různé oblasti Vašeho života.

Druhá část je zaměřena na Vaši spiritualitu, nebudu se přitom ptát na konkrétní víru, či církev.

Podkladem je Pražský dotazník spirituality. Předem děkuji, Marta Sobková

I. ČÁST: DOPADY ZÁVISLOSTI – Motivační dotazník MUDr. Karla Nešpora

TĚLESNÉ ZDRAVÍ Zakroužkujte:

| | | |
|---|-----|----|
| Zhoršil se během trvání návykové nemoci Váš celkový zdravotní stav? | ANO | NE |
| Způsobila Vám návyková nemoc úraz? | ANO | NE |
| Zhoršila návyková nemoc některou z těchto oblastí Vašeho zdraví? | | |
| bolestivé problémy, včetně např. zubních | ANO | NE |
| pohyblivost | ANO | NE |
| výkonnost | ANO | NE |
| Způsobila Vám návyková nemoc některé z těchto onemocnění, nebo je zhoršila: | | |
| žatelní onemocnění | ANO | NE |
| trávicí problémy | ANO | NE |
| problémy se srdcem | ANO | NE |
| problémy s vysokým krevním tlakem | ANO | NE |
| onemocnění žilního systému | ANO | NE |
| problémy s páteří či klouby | ANO | NE |
| kožní nemoci | ANO | NE |
| dýchací problémy | ANO | NE |
| infekční onemocnění | ANO | NE |
| problémy se zrakem | ANO | NE |

Zhoršila návyková nemoc Váš sexuální život?

ANO NE

Prodělal/a jste v odvykacím stavu nepříjemné tělesné potíže nebo epileptický záchvat? ANO NE

Došlo u Vás k těžké otravě alkoholem (předávkování)?

ANO NE

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Způsobila Vám návyková nemoc jakékoliv duševní potíže nebo je zhoršila? ANO NE

| | | |
|--|-----|----|
| Zhoršila Vám návyková nemoc duševní výkonnost? | ANO | NE |
| Ovládal/a jste se špatně kvůli návykové nemoci? | ANO | NE |
| Způsobila vám návyková nemoc: | | |
| stavy úzkosti nebo strachu | ANO | NE |
| stavy smutku nebo výčitky svědomí | ANO | NE |
| podrážděnost | ANO | NE |
| Docházelo u Vás v důsledku návykové nemoci: | | |
| ke střídání nálad | ANO | NE |
| k hněvu | ANO | NE |
| bažení, tj. silné a těžko zvladatelné touze se návykově chovat | ANO | NE |
| Pozoroval/a jste u sebe v průběhu návykové nemoci: | | |
| poruchy paměti | ANO | NE |
| poruchy soustředění | ANO | NE |
| poruchy spánku | ANO | NE |
| Měl/a jste v důsledku návykové nemoci: | | |
| nepříjemné sny | ANO | NE |
| stavy zmatenosti | ANO | NE |
| halucinace | ANO | NE |
| pocity pronásledování | ANO | NE |
| Uvažoval/a jste v důsledku návykové nemoci o sebevraždě? | ANO | NE |
| Dopustil/a jste se v důsledku návykové nemoci sebevražedného jednání? | ANO | NE |
| VZTAHY | | |
| Docházelo kvůli návykové nemoci ve vašich vztazích s lidmi k napětí? | ANO | NE |
| Lhal jste kvůli návykové nemoci? | ANO | NE |
| Měl/a jste kvůli návykové nemoci nějaký násilný konflikt s blízkými lidmi? | ANO | NE |
| Trpěl jste kvůli návykové nemoci častějšími hádkami s blízkými lidmi? | ANO | NE |
| Vyčítali Vám druzí vaše návykové chování? | ANO | NE |
| Byl kvůli návykové nemoci ohrožen nějaký pro Vás důležitý vztah? | ANO | NE |
| Ztratil/a jste kvůli návykové nemoci nějaký pro Vás důležitý vztah? | ANO | NE |
| Vyhýbal/a jste se kvůli návykové nemoci druhým lidem? | ANO | NE |
| Cítíte se kvůli návykové nemoci osamělá/osamělý? | ANO | NE |
| Oslabila nebo poškodila návyková nemoc: | | |
| Vaši pověst | ANO | NE |
| Vaši autoritu a prestiž v širším okolí | ANO | NE |
| Vaši autoritu a prestiž v rodině | ANO | NE |
| Přestával/a jste v důsledku návykové nemoci:* | | |

| | | |
|---|-----|----|
| zajímat se o vztahy s lidmi kolem sebe | ANO | NE |
| rozumět druhým | ANO | NE |

| | | |
|--|-----|----|
| Stydl/a jste se kvůli návykové nemoci? | ANO | NE |
|--|-----|----|

| | | |
|---|-----|----|
| Zanedbával/a jste kvůli návykové nemoci potřeby druhých lidí? | ANO | NE |
|---|-----|----|

| | | |
|--|-----|----|
| Vnímal/a jste druhé lidi především jako zdroj peněz? | ANO | NE |
|--|-----|----|

PRACOVNÍ OBLAST

| | | |
|---|-----|----|
| Byl/a jste v důsledku návykové nemoci v práci ospalý a unavený? | ANO | NE |
|---|-----|----|

| | | |
|---|-----|----|
| Zanedbal/a jste kvůli návykové nemoci v práci něco podstatného? | ANO | NE |
|---|-----|----|

| | | |
|---|-----|----|
| Chodil/a jste kvůli návykové nemoci pozdě do práce nebo dříve odcházel/a? | ANO | NE |
|---|-----|----|

| | | |
|--|-----|----|
| Nešel/nešla jste někdy kvůli návykové nemoci vůbec do práce? | ANO | NE |
|--|-----|----|

| | | |
|---|-----|----|
| Přestávala vás kvůli návykové nemoci práce bavit? | ANO | NE |
|---|-----|----|

| | | |
|--|-----|----|
| Měl/a jste kvůli návykové nemoci v práci častější: | | |
| slovní konflikty | ANO | NE |
| násilný konflikt | ANO | NE |

| | | |
|--|-----|----|
| Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci Vaše: | | |
| pracovní výkonnost | ANO | NE |
| ctížádost | ANO | NE |
| sebedůvěra | ANO | NE |
| vzdělávání nebo pracovní uplatnění | ANO | NE |

| | | |
|--|-----|----|
| Ohrozila návyková nemoc v práci: | | |
| vaši bezpečnost (např. při řízení auta) | ANO | NE |
| bezpečnost druhých | ANO | NE |

| | | |
|---|-----|----|
| Přestávali vám kvůli návykové nemoci v práci důvěřovat? | ANO | NE |
|---|-----|----|

| | | |
|---|-----|----|
| Vybíral/a jste si kvůli návykové nemoci dovolenou po dnech? | ANO | NE |
|---|-----|----|

| | | |
|---|-----|----|
| Stávalo se, že v souvislosti s návykovou nemocí jste se bál/a jít do práce? | ANO | NE |
|---|-----|----|

| | | |
|---|-----|----|
| Byl jste kvůli návykové nemoci: | | |
| propuštěn z práce nebo vyloučen ze školy | ANO | NE |
| déle jak měsíc nezaměstnaný? | ANO | NE |

PRÁVNÍ OBLAST

| | | |
|--|-----|----|
| Stěžoval si někdo úřadům na Vaše chování v důsledku návykové nemoci? | ANO | NE |
|--|-----|----|

| | | |
|--|-----|----|
| Uvažoval/a jste kvůli návykové nemoci někdy o spáchání trestného činu? | ANO | NE |
| Byl/a jste někdy přivezen/a na záchytku? | ANO | NE |
| Spáchal/a jste někdy kvůli návykové nemoci: | | |
| krádež v rodině | ANO | NE |
| krádež mimo rodinu | ANO | NE |
| loupežné přepadení | ANO | NE |
| podvod nebo zpronevěru peněz | ANO | NE |
| výtržnost | ANO | NE |
| nedbalostní trestný čin | ANO | NE |
| Prodával/a jste někdy nebo vyráběl kvůli návykové nemoci něco nezákonného? | ANO | NE |
| Vyhrožoval Vám a druhým někdo nebo Vás vydíral kvůli návykové nemoci? | ANO | NE |
| Stýkal/a jste se kvůli návykové nemoci s lidmi, kteří se trestné činnosti dopouštěli? | ANO | NE |
| Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci agresivního jednání: | | |
| vůči předmětům | ANO | NE |
| vůči lidem | ANO | NE |
| Byl/a jste v minulosti odsouzen/a pro trestnou činnost související s návykovou nemocí? | ANO | NE |
| Jste nyní v podmínce nebo máte neodpracované hodiny veřejně prospěšných prací? | ANO | NE |
| Jste nyní trestně stíhán/a pro trestnou činnost související s návykovou nemocí? | ANO | NE |
| Vzhledem k tomu, s jakými lidmi jste se stýkal/a, obáváte se nyní o svou bezpečnost? | ANO | NE |
| FINANCE A ŽIVOTNÍ ÚROVEŇ | | |
| Ztrácel/a jste často kvůli návykové nemoci čas? | ANO | NE |
| Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci Vaše finanční situace? | ANO | NE |
| Spotřeboval/a jste kvůli návykové nemoci více peněz, než jste stačil/a poctivě vydělat? | ANO | NE |
| Odpíral/a jste si kvůli návykové nemoci: | | |
| kulturu | ANO | NE |
| kvalitní jídlo | ANO | NE |
| přiměřené oblečení | ANO | NE |
| Nebyl/a jste kvůli návykové nemoci ani schopen koupit blízkým lidem dárek k narozeninám? | ANO | NE |
| Byl/a z vás kvůli návykové nemoci někdy bezdomovec/bezdomovkyně? | ANO | NE |
| Trpěla kvůli návykové nemoci vaše hygiena? | ANO | NE |

Půjčoval/a jste si kvůli návykové nemoci peníze?

ANO NE

Přišel/přišla jste kvůli návykové nemoci o více peněz, než vyděláte za tři měsíce? ANO NE

Máte kvůli návykové nemoci:

dluhy (včetně dluhů vůči blízkým lidem)

ANO NE

dluhy vyšší než trojnásobek měsíčního platu

ANO NE

exekuci na plat

ANO NE

Způsobila Vám návyková nemoc:

nespokojenost se svým životem

ANO NE

chudý životní styl

ANO NE

pocit, že se kvůli návykové nemoci neovládáte a ztrácíte svobodu

ANO NE

Bude se vám dařit lépe, až návykovou nemoc překonáte? ANO NE

II. ČÁST - SPIRITUALITA

Dotazník obsahuje 36 vět. Přečtěte si je, prosím pozorně, a posuďte, do jaké míry vystihuje Vaše osobní pocity a názory. Zaškrtněte (X) jedno z čísel vpravo takto:

1 ... Věta Vás vůbec nevystihuje.

2 ... Věta Vás spíše nevystihuje.

3 ... Něco mezi: Nevíte, jestli Vás věta spíše vystihuje nebo spíše nevystihuje.

4 ... Věta Vás spíše vystihuje.

5 ... Věta Vás úplně vystihuje.

Zkuste si to: "Většinou se probouzím s dobrou náladou." 1 2 3 4 5

Jestliže Vás tato věta plně vystihuje, opravdu se většinou probouzíte s dobrou náladou, zaškrtněte pětku.

Jestliže se naopak většinou probouzíte se špatnou náladou, zaškrtněte jedničku. Pokud nenajdete odpověď, která Vás plně vystihuje, zaškrtněte nejbližší možnost.

Jednotlivé věty nemají špatné či správné řešení. Na některé věty budete znát svou odpověď okamžitě, jiné vyžadují zamyšlení. Tam, kde byste dlouho přemýšlel/a, bývá často nejlepší odpověď ta, která Vás napadla jako první.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Silně cítím, že naše Země patří zvířatům stejně jako lidem. | | | | | |
| 2. Pocítil jsem někdy, že jsem jakoby očištěn od něčeho, co mě vnitřně pošpinilo. | | | | | |
| 3. Vědomí sounáležitosti s druhými lidmi mi pomáhá překonávat životní nepříjemnosti. | | | | | |
| 4. Měl/a jsem někdy pocit, že se mi otvírá tajemství vesmíru a existence. | | | | | |
| 5. Někdy celé mé nitro naplní touha změnit svůj život a "začít znovu". | | | | | |
| 6. Cítil/a jsem někdy, že jsem v kontaktu s poslední či nejvyšší skutečností. | | | | | |
| 7. Mívám chuť obejmout strom jako svého bratra nebo sestru. | | | | | |
| 8. Prožil jsem odpuštění, které jako by zázračně změnilo něčí život nebo lidské vztahy. | | | | | |
| 9. Když jsem s lidmi, prožiju někdy s překvapivou intenzitou, že jsem jedním/jednou z nich. | | | | | |
| 10. Stalo se mi, že pro mě čas, prostor a vzdálenost ztratily jakýkoli smysl. | | | | | |
| 11. Někdy se děším toho, jak strašně bych mohl/a zkazit svůj život. | | | | | |
| 12. Smrt je návrat někam „domů“. | | | | | |
| 13. Odpovědnost za přírodu je naším nejvyšším posvátným závazkem. | | | | | |
| 14. Někdy mě zaplaví soucit se všemi bytostmi, jež trpí. | | | | | |
| 15. Často toužím plně se otevřít tomu, co přijde. | | | | | |
| 16. Měl/a jsem někdy pocit, že se mé Já noří do nějaké větší skutečnosti, než jsem sám. | | | | | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 17. Existuje dost věcí, které bych nikdy neudělal/a, protože cítím, že by to zničilo moji lidskou podstatu. | | | | | |
| 18. Měl/a jsem někdy pocit, že jsem naplněn/a něčím lepším nebo vyšším, než jsem já sám/sama. | | | | | |
| 19. Někdy hluboce prožívám, že Země je mou matkou. | | | | | |
| 20. Někdy cítím, že podstatou mého života je předat dál to, co jsem získal díky druhým. | | | | | |
| 21. Často prožívám chvíle tiché radosti, která mě naplňuje tak, že se mi chce jásat, zpívat nebo plakat. | | | | | |
| 22. Prožil/a jsem někdy úplné sjednocení se Zemí a veškerým životem. | | | | | |
| 23. Mívám chvíle, kdy se mi hnusí zlo ve mně i mimo mě. | | | | | |
| 24. Silně cítím, že existuje nejvyšší Pravda, i když ji nemůžeme plně poznat. | | | | | |
| 25. I neživé přírodě náleží nejvyšší respekt a úcta. | | | | | |
| 26. Někdy toužím věnovat celý svůj život boji dobra proti zlu. | | | | | |
| 27. Rozmanitost lidí, kteří dohromady i přes všechny rozdíly tvoří jednotu a dokonalost, mi připadá úžasná. | | | | | |
| 28. Měl/a jsem zkušenost, jako bych nahlédl/a do hlubiny toho, co je. | | | | | |
| 29. Setkal/a jsem se s takovou obětavou statečností, že jsem se zastyděl/a za vlastní zbabělost. | | | | | |
| 30. Smrt je pro mě bránou k nejvyššímu tajemství. | | | | | |
| 31. Někdy mám pocit, že i po kamenech v lese mám našlapovat opatrně, protože možná mají duši. | | | | | |
| 32. Jsou chvíle, kdy celou svou bytostí toužím po tom, aby všechny bytosti byly šťastné. | | | | | |
| 33. Ve společnosti lidí, s nimiž mě něco důležitého spojuje a s nimiž si rozumím, cítím hluboké souznění duší. | | | | | |
| 34. Prožil/a jsem setkání s takovou mocí a vznešeností, že jsem se toho až zděsil/a. | | | | | |
| 35. Pocítil/a jsem někdy z druhého člověka takovou čistotu, že jsem se sám cítil/a špinavý/á. | | | | | |
| 36. Pocítil/a jsem někdy, že jsem zahrnut/a v lásce, která objímá veškeré tvorstvo. | | | | | |

Na závěr prosím o vyplnění několika upřesňujících údajů.

Pohlaví:

- muž
- žena

Váš věk: _____

V kolika letech jste začal/a pravidelně pít alkohol? Zkuste odhadnout, v kolika letech jste začal/a mít problémy s alkoholem: _____

Nápověda: Příklad. Je Vám 30 let. Před pěti lety jste si prvně uvědomil/a, že Vám dělá potíže přestat pít a že je Vaše pití problémové už přes 3 roky. Vaše odpověď bude: 22 let.

V kolika letech jste si poprvé uvědomil/a, že máte s alkoholem problém, že jste závislá/ý?

Jaký typ léčby závislosti jste absolvoval/a? (Zaškrtněte prosím všechny typy léčby, které máte za sebou.)

- ústavní/psychiatrická léčba

- terapeutická komunita
- individuální ambulantní léčba/program
- skupinová ambulantní léčba/program
- následná péče/doléčovací program
- svépomocná skupina (AA)

Který typ léčby hodnotíte jako pro Vás nejpřínosnější? Pokud je to možné, vyberte jednu nebo dvě pro Vás stejně významné léčby: _____

Pokud jste zaštr/a AA: V kolika letech jste začal/a navštěvovat AA? _____

Jste stále členem skupiny Anonymních Alkoholiků? ANO NE

Trápí Vás jiná závislost kromě alkoholu?:*

- Pouze na alkoholu

Také na:

- nikotinu
- THC (marihuana, hašiš)
- stimulantů (kokain, crack, amfetaminy - benzedrin, dexedrin, metamfetamin - pervitin)
- subutex/suboxone/buprenorfinu
- jiných opiátů - morfin, heroin, fentanyl
- léků na předpis (sedativa - například bellaspone, hypnotika - například rohypnol, stilnox, anxiolytika - například lexaurin, xanax, analgetika - například tramal, dolsin, kodein, jiné benzodiazepiny - například neurol, diazepam aj.)
- halucinogenech nebo tzv. tanečních drogách (MDMA - ecstasy, mekalin, durman, psilocybin, LSD a PCP – „andělský prach“, bufetenin, GHB/tekutá extáze)
- gambling
- jiné: _____

Prosím, vyberte kraj, ve kterém nyní žijete:

- Jihočeský kraj
- Jihomoravský kraj
- Karlovarský kraj
- Královéhradecký kraj
- Liberecký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj
- Pardubický kraj
- Plzeňský kraj
- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- kraj Vysočina
- Ústecký kraj
- Zlínský kraj

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- ZŠ
- SŠ s výučním listem (bez maturity)
- SŠ s maturitou
- VŠ

Zajímá Vás výsledek a hodnocení testu? Chcete-li zaslat test a vyhodnocení v PDF formátu, vyplňte svoji emailovou adresu: _____ (Vaše odpovědi zůstanou nadále anonymní. Získaná data budou použita pouze pro potřeby této bakalářské práce, a výsledky budou prezentovány pouze hromadně po statistickém zpracování. Tento údaj nebude publikován ani poskytován třetím stranám.)

Chcete-li, můžete vložit vzkaz nebo komentář: _____

Děkuji Vám za Vaše názory a čas, který jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku!

- Marta Sobková, studentka adiktologie, 1. LF UK.

Příloha 2: Seznam tabulek grafů

| | |
|---|----|
| Tabulka 1: Škály Pražského dotazníku spirituality (PDS; angl. PQS 36)..... | 25 |
| Tabulka 2: Pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů | 31 |
| Tabulka 3: Vzdělání respondentů podle účasti ve svépomocné skupině AA..... | 31 |
| Tabulka 4: Věková struktura výzkumného souboru..... | 32 |
| Tabulka 5: Počet typů léčby, které respondenti absolvovali | 33 |
| Tabulka 6: Kontingenční tabulka – absolvované léčby v absolutních číslech (N=ne, A=ano)..... | 33 |
| Tabulka 7: Užívání jiných návykových látek..... | 34 |
| Tabulka 8: Průměrná skóre v jednotlivých oblastech dotazníku..... | 35 |
| Tabulka 9: Korelace mezi oblastmi života postiženými závislostí na alkoholu a oblastmi spirituality podle PDS | 36 |
| Tabulka 10: Kontingenční tabulka – srovnání nadprůměrných (>) a podprůměrných (<) skupin podle výsledků; v % | 38 |
| Tabulka 11: Pearsonův Chí-kvadrát test nezávislosti; p-values (df=1)..... | 39 |
| Tabulka 12: Odpovědi na otázky týkající se účasti na AA a jejich přínosu..... | 40 |
| Tabulka 13: Průměrná skóre dosažená respondenty v AA a mimo AA doplněná t-testy | 41 |
| Tabulka 14: Srovnání skupin AA, non-AA (v %), doplněné o Pearsonův Chí-kvadrát test nezávislosti; p-values (df=1) | 42 |
| Tabulka 15: Komparace sloupcových procent AA, non-AA (z-test)..... | 43 |
| Tabulka 16: Korelační analýza mezi délkou užívání, dopady a spiritualitou | 45 |
| Tabulka 17: Srovnání podprůměrných (<) a nadprůměrných skupin (>), podle pohlaví a vzdělání, v % | 46 |
| Tabulka 18: Komparace sloupcových procent podle pohlaví a vzdělání (z-test)..... | 47 |
| Tabulka 19: Srovnání výsledků závislých na alkoholu s běžnou a psychiatrickou populací | 48 |
| Graf 1: Zastoupení krajů podle současného bydliště respondenta (v %)..... | 34 |

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]